

616.994  
HAR  
P 21



**PERILAKU SEKSUAL  
PENDERITA KARSINOMA SERVIKS UTERI  
PASCA RADIOTERAPI**

**A. HARDIYANTO**

**TESIS**

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
1999**

**PERILAKU SEKSUAL  
PENDERITA KARSINOMA SERVIKS UTERI  
PASCA RADIOTERAPI**

**DIAJUKAN KEPADA BAGIAN OBSTETRI GINEKOLOGI  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEBAGAI SYARAT UNTUK MEMPEROLEH  
GELAR DOKTER SPESIALIS  
DALAM BIDANG OBSTETRI GINEKOLOGI**

**Oleh :**

**A. HARDIYANTO**

**BAGIAN / SMF OBSTETRI GINEKOLOGI  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr KARIADI  
SEMARANG  
1999**

## HALAMAN PENGESAHAN

**JUDUL PENELITIAN** : PERILAKU SEKSUAL PENDERITA  
KARSINOMA SERVIKS UTERI  
PASCA RADIOTERAPI

**RUANG LINGKUP** : OBSTETRI & GINEKOLOGI

**PELAKSANA PENELITIAN** :

**Nama** : dr. A. Hardiyanto

**N.I.P** : 140 259 824

**Pangkat/golongan** : Penata / IIIc

**Tempat penelitian** : RSUP Dr. Kariadi Semarang

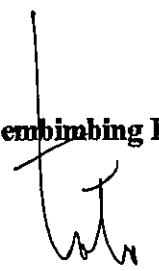
**Pembimbing penelitian** : Prof.Dr.dr. Sutoto, SpOG  
dr. Wadyo Adiyono, SpOG

Semarang, Januari 1999

Penulis

  
dr. A. Hardiyanto  
NIP 140 259 824

Pembimbing I

  
Prof.Dr.dr. Sutoto, SpOG  
NIP 130 237 477

Pembimbing II

  
dr. Wadyo Adiyono, SpOG  
NIP 140 058 564

**Penelitian ini dilakukan di Bagian Obstetri Ginekologi  
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang  
Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan  
Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi**

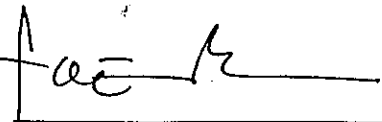
**Hasil penelitian ini merupakan milik**

**Bagian / SMF Obstetri Ginekologi  
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro  
Rumah Sakit Umum Pusat Dr Kariadi  
Semarang**

**Telah diajukan dan disetujui  
Semarang, Januari 1999**

**Ketua Bagian / SMF  
Obstetri Ginekologi FK Undip /  
RSUP Dr. Kariadi  
Semarang,**

**KPS PPDS - I  
Obstetri Ginekologi  
FK Undip /  
RSUP Dr. Kariadi  
Semarang,**



**Prof.dr.Noor Pramono,SpOG,Mmed Sc  
NIP : 130 345 800**

**dr. Soeharsono, SpOG  
NIP : 130 345 875**

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia Nya sehingga saya dapat menyelesaikan Tesis ini yang merupakan salah satu syarat untuk dapat menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis I Bidang Obstetri dan Ginekologi di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Sebagai manusia dengan segala kekurangan dan keterbatasan, saya menyadari bahwa Tesis ini masih jauh dari sempurna . Karena itu segala kritik dan saran terhadap Tesis ini sangat berarti untuk menambah wawasan dan keilmuan saya.

Dengan hati yang tulus dan ikhlas saya sampaikan rasa hormat dan penghargaan serta terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

- **Prof. dr. Noor Pramono, MMedSc., SpOG**, selaku Ketua Bagian / SMF Obstetri dan Ginekologi FK Undip / RSUP Dr. Kariadi Semarang atas segala bimbingan dan ilmu yang telah diberikan selama pendidikan dan penyelesaian penyusunan Tesis ini.
- **dr. Soeharsono, SpOG**, selaku KPS PPDS I Bidang Obstetri dan Ginekologi FK Undip atas bimbingan yang diberikan selama pendidikan.
- **Prof. Dr. dr. Sutoto, SpOG**, selaku pembimbing dan guru saya yang patut saya teladani yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan petunjuk dan bimbingan dalam penyusunan Tesis ini serta pengertian dalam bersikap yang benar selama pendidikan.
- **dr. Wadyo Adiyono, SpOG**, yang telah berkenan sebagai pembimbing dalam penyusunan Tesis ini.
- Para guru besar dan guru-guru saya di Bagian/SMF Obstetri Ginekologi FK Undip / RSUP. Dr. Kariadi Semarang yang telah memberikan ilmu, bimbingan serta dorongan dengan penuh kesabaran untuk menyelesaikan pendidikan.

- **Dra. Siti Alfinah**, yang telah membantu melakukan wawancara dalam penelitian ini dan menyediakan tempat Klinik Kesehatan Remaja RSUP Dr. Kariadi Semarang untuk melakukan wawancara dengan responden.
- Tim Penelitian Bagian / SMF Obsteri dan Ginekologi FK Undip / RSUP Dr. Kariadi, Tim Penelitian FK Undip dan Tim Penelitian RSUP.Dr. Kariadi atas semua saran dan bimbingannya dalam penyusunan Tesis ini.
- Kedua orang tua saya, Ibu **Al. Soeyono** dan Bapak (Almarhum), mertua saya Ibu dan Bapak **JB. Soekaptono** serta saudara-saudara saya yang telah memberikan doa, bantuan dan dorongan semangat selama saya mengikuti pendidikan.
- Istri saya tercinta **dr. M. Th. Pancawardhani** dan kedua anak saya **Y. Widya Amasara** dan **G. Andre Brahmantyo** yang selalu mendoakan saya serta dengan penuh kasih sayang, pengertian dan pengorbanan ikut mendampingi saya dalam suka dan duka selama pendidikan.
- Sahabat-sahabat saya **dr. Suhartono, MS** dan **dr. Apoina Kartini, MS** atas bantuannya dalam menyelesaikan Tesis ini.
- Para sejawat residen, Ibu **Punarti**, bidan dan paramedis serta seluruh karyawan Ruang X RSUP. Dr. Kariadi atas kerjasama dan bantuan kepada saya selama pendidikan, dan tak lupa para pasien yang sangat membantu dalam proses pendidikan saya.

Akhirnya saya berharap , semoga tulisan saya yang sederhana ini bermanfaat bagi dunia Kedokteran khususnya Bidang Obstetri dan Ginekologi.  
Amin.

Semarang, Januari 1999

**A. Hardiyanto**

## ABSTRAK

Adanya anggapan dari penderita KSU pasca radioterapi akan timbulnya gangguan aktivitas seksual, serta beberapa hasil penelitian mengenai pengaruh radioterapi terhadap penurunan perilaku seksual, mendorong dilaksanakannya penelitian ini dengan latar belakang sosial budaya yang berbeda.

Tujuan penelitian ini ingin mengetahui perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Pada periode 1 Januari 1988 sampai 31 Desember 1995 terdapat 1466 penderita KSU yang dirawat di bangsal Ginekologi RSUP Dr. Kariadi Semarang. Didapatkan 52 penderita yang memenuhi syarat penelitian. Penelitian ini dilakukan secara potong lintang dengan menggunakan kuesener, dari bulan September sampai November 1998.

Didapatkan adanya penurunan frekuensi keinginan sanggama sebanyak 76,92 %, penurunan frekuensi kegiatan sanggama sebanyak 65,38 %, penurunan pencapaian orgasme sebanyak 82,69 %, penurunan pencapaian orgasme multipel sebanyak 88,46 %, dan penurunan kualitas sanggama sebanyak 82,69 %. Tidak dapat diungkapkan adanya kegiatan masturbasi pra dan pasca radioterapi, akan tetapi terdapat peningkatan nyeri sanggama sebanyak 40,38 %. Dengan uji kai kuadrat didapatkan faktor umur  $\geq 35$  tahun berpengaruh secara bermakna ( $p < 0,05$ ) terhadap penurunan semua perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi dibandingkan dengan kelompok umur  $< 35$  tahun. Demikian juga halnya dengan kelompok penderita dengan lama pendidikan  $\leq 6$  tahun berpengaruh secara bermakna ( $p < 0,05$ ) terhadap penurunan semua perilaku seksual. Paritas  $\geq 5$  berpengaruh secara bermakna ( $p < 0,05$ ) terhadap penurunan keinginan dan kegiatan sanggama, pencapaian orgasme, orgasme multipel dan nyeri sanggama dibandingkan paritas  $< 5$ . Lama pernikahan  $\geq 20$  tahun berpengaruh secara bermakna ( $p < 0,05$ ) terhadap penurunan keinginan sanggama dan kegiatan sanggama dibandingkan dengan lama pernikahan  $< 20$  tahun. Sedangkan stadia klinis III B berpengaruh secara bermakna ( $p < 0,05$ ) terhadap penurunan keinginan sanggama dibandingkan dengan stadia klinis II B.

Oleh karena kebanyakan dari faktor yang dianalisis saling mempengaruhi, maka juga dilakukan uji regresi logistik berganda. Dengan uji tersebut didapatkan faktor pendidikan  $\leq 6$  tahun berpengaruh secara bermakna ( $p < 0,05$ ) terhadap penurunan frekuensi kegiatan sanggama.

Disarankan penelitian lanjutan tentang perbandingan antara penderita KSU pasca radioterapi dengan wanita "sehat" dengan periode dan faktor-faktor yang sama guna mengetahui apakah penurunan perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi disebabkan karena faktor radioterapi atau proses alamiah yang mesti terjadi pada setiap wanita. Guna memperoleh penyelesaian terbaik pada perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi harus ada keterbukaan antara suami istri dengan dokter. Untuk itu dibutuhkan suatu program pelatihan dokter guna mencari jalan yang terbaik serta metode pendekatan terhadap pasangan tersebut.

Kata kunci : Perilaku seksual, karsinoma serviks uteri, radioterapi.

# DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman judul	
Halaman pengesahan	
Kata pengantar.....	i
Abstrak.....	iii
Daftar isi.....	iv
Daftar tabel.....	viii
Daftar gambar.....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar belakang penelitian.....	1
1.2 Permasalahan.....	3
1.3 Keaslian penelitian.....	3
1.4 Tujuan penelitian.....	4
1.5 Manfaat penelitian.....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1 Fungsi seksual normal wanita.....	5
2.1.1 Reaksi seksual wanita dalam siklus seksual.....	6
2.1.2 Perubahan alat genital wanita dalam siklus seksual.....	7
2.1.2.1 Vagina.....	7
2.1.2.2 Uterus.....	9
2.2 Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap perilaku seksual. ....	10
2.2.1 Faktor anatomi dan fisiologi.....	10
2.2.2 Faktor psikis.....	11
2.2.2.1 Psikopatologi.....	11



2.2.2.2 Reaksi emosi.....	11
2.2.3 Faktor pasangan.....	12
2.3 Pengertian karsinoma serviks uteri .....	13
2.3.1 Stadia klinis.....	13
2.3.2 Pengelolaan KSU.....	15
<b>BAB III CARA PENELITIAN.....</b>	<b>16</b>
3.1 Rancangan penelitian.....	16
3.2 Tempat penelitian.....	16
3.3 Waktu penelitian.....	16
3.4 Subyek penelitian.....	16
3.4.1 Syarat penerimaan sampel.....	17
3.4.2 Syarat penolakan sampel.....	17
3.5 Protokol penelitian.....	17
3.5.1 Pengelolaan penderita.....	17
3.5.2 Proses penelitian.....	18
3.6 Definisi operasional.....	19
3.7 Pengolahan data.....	20
3.8 Etika penelitian.....	20
3.9 Alur penelitian.....	21
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>22</b>
4.1 Penelitian awal .....	22
4.2 Penelitian yang sesungguhnya .....	24
4.2.1 Karakteristik penderita.....	25
4.2.1.1 Umur .....	25
4.2.1.2 Paritas .....	26
4.2.1.3 Pendidikan .....	27
4.2.1.4 Lama pernikahan.....	28
4.2.1.5 Frekuensi pernikahan .....	29

4.2.1.6 Umur pertama menikah .....	30
4.2.1.7 Stadia klinis dan macam radioterapi.....	31
4.2.1.8 Jarak waktu radioterapi .....	32
4.2.2 Perilaku seksual dan faktor yang berpengaruh.....	33
4.2.2.1 Perubahan frekuensi keinginan sanggama.....	33
4.2.2.2 Kegiatan masturbasi .....	35
4.2.2.3 Perubahan frekuensi kegiatan sanggama .....	35
4.2.2.4 Perubahan pencapaian orgasme.....	37
4.2.2.5 Perubahan orgasme multipel.....	39
4.2.2.6 Perubahan nyeri sanggama.....	41
4.2.2.7 Perubahan kualitas sanggama .....	43
4.2.2.8 Hasil uji regresi logistik berganda.....	45
4.3.Faktor suami .....	46
4.3.1 Perasaan suami setelah istri menderita KSU .....	46
4.3.2 Penyaluran kegiatan seks selain dengan istri.....	47
4.3.3 Frekuensi kegiatan sanggama .....	48
4.3.4 Frekuensi kegiatan onani .....	49
4.3.5 Sikap istri sewaktu suami minta dilayani .....	50
4.3.6 Pandangan suami terhadap istri sewaktu kegiatan sanggama ..	51
4.3.7 Istri aktif minta sanggama .....	52
4.3.8 Kegiatan sanggama dengan cara lain... ..	53
4.4 Rekapitulasi.....	54
4.4.1 Rekapitulasi perilaku seksual KSU pasca radioterapi.....	54
4.4.2 Rekapitulasi faktor yang pengaruh penurunan seksual.....	54
4.4.3 Rekapitulasi pandangan suami setelah istri sakit KSU.....	57
<b>BAB V PEMBAHASAN.....</b>	<b>59</b>
5.1 Perilaku seksual.....	60
5.1.1 Frekuensi keinginan sanggama.....	60

5.1.2 Kegiatan masturbasi .....	62
5.1.3 Frekuensi kegiatan sanggama .....	63
5.1.4 Pencapaian orgasme.....	64
5.1.5 Orgasme multipel.....	65
5.1.6 Nyeri sanggama.....	66
5.1.7 Kualitas sanggama .....	67
5.2 Faktor yang berpengaruh penurunan perilaku seksual.....	68
5.2.1 Umur.....	68
5.2.2 Pendidikan.....	68
5.2.3 Paritas.....	69
5.2.4 Lama pernikahan.....	70
5.2.5 Stadia klinis.....	71
5.3 Rekapitulasi perilaku seksual penderita KSU.....	71
5.4 Rekapitulasi faktor yang pengaruh penurunan perilaku seksual.....	73
5.5 Rekapitulasi pandangan suami setelah istri sakit KSU.....	75
<b>BAB VI KESIMPULAN.....</b>	<b>77</b>
<b>BAB VII SARAN.....</b>	<b>78</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>79</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Hasil penilaian validitas pertanyaan variabel nominal.....	23
Tabel 2 Hasil penilaian validitas pertanyaan variabel kontinyu .....	24
Tabel 3 Umur.....	25
Tabel 4 Paritas.....	26
Tabel 5 Pendidikan .....	27
Tabel 6 Lama pernikahan .....	28
Tabel 7 Frekuensi pernikahan.....	29
Tabel 8 Umur pertama menikah .....	30
Tabel 9 Stadia klinis dan macam radioterapi.....	31
Tabel 10 Jarak waktu radioterapi.....	32
Tabel 11 Perubahan frekuensi keinginan sanggama.....	33
Tabel 12 Faktor yang berhubungan penurunan frekuensi keinginan sanggama..	34
Tabel 13 Kegiatan masturbasi.....	35
Tabel 14 Perubahanan frekuensi kegiatan sanggama.....	35
Tabel 15 Faktor yang berhubungan penurunan frekuensi kegiatan sanggama..	36
Tabel 16 Perubahan pencapaian orgasme.....	37
Tabel 17 Faktor yang berhubungan penurunan pencapaian orgasme.....	38
Tabel 18 Perubahan orgasme multipel.....	39
Tabel 19 Faktor yang berhubungan penurunan orgasme multipel.....	40
Tabel 20 Perubahan nyeri sanggama.....	41
Tabel 21 Faktor yang berhubungan adanya nyeri sanggama.....	42
Tabel 22 Perubahan kualitas sanggama.....	43

Tabel 23	Faktor yang berhubungan buruknya kualitas sanggama.....	44
Tabel 24	Faktor yang mempengaruhi perilaku seksual ( uji RLB ).....	45
Tabel 25	Perasaan suami setelah istri menderita KSU.....	46
Tabel 26	Penyaluran seks selain dengan istri setelah istri menderita KSU.....	47
Tabel 27	Frekuensi kegiatan sanggama setelah istri menderita KSU.....	48
Tabel 28	Frekuensi kegiatan onani setelah istri menderita KSU.....	49
Tabel 29	Sikap istri sewaktu suami minta dilayani.....	50
Tabel 30	Pandangan suami terhadap istri sewaktu kegiatan sanggama.....	51
Tabel 31	Istri aktif minta sanggama.....	52
Tabel 32	Kegiatan sanggama dengan cara lain.....	53
Tabel 33	Rekapitulasi perilaku seksual penderita KSU.....	54
Tabel 34	Rekapitulasi uji kai kuadrat.....	55
Tabel 35	Rekapitulasi uji regresi logistik berganda.....	56
Tabel 36	Rekapitulasi pandangan suami setelah istri sakit KSU.....	58
Tabel 37	Angka kejadian penurunan keinginan sanggama pasca tindakan gin...	61
Tabel 38	Angka kejadian kegiatan masturbasi pada wanita.....	62
Tabel 39	Angka kejadian penurunan kegiatan sanggama pasca tindakan gin.....	63
Tabel 40	Angka kejadian penurunan pencapaian orgasme pasca tindakan gin....	64
Tabel 41	Angka kejadian penurunan orgasme multipel pasca tindakan gin.....	65
Tabel 42	Angka kejadian nyeri sanggama pasca tindakan gin.....	66
Tabel 43	Angka kejadian penurunan kualitas sanggama pasca tindakan gin .....	67

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Siklus reaksi seksual pada wanita.....	6
Gambar 2 Pelicinan vagina.....	8
Gambar 3 Diagram umur.....	26
Gambar 4 Diagram paritas.....	26
Gambar 5 Diagram pendidikan.....	27
Gambar 6 Diagram lama pernikahan.....	28
Gambar 7 Diagram frekuensi pernikahan.....	29
Gambar 8 Diagram umur pertama menikah.....	30
Gambar 9 Diagram stadia klinis dan macam radioterapi.....	31
Gambar 10 Diagram jarak waktu radioterapi.....	32
Gambar 11 Diagram perubahan frekuensi keinginan sanggama.....	33
Gambar 12 Diagram perubahan frekuensi kegiatan sanggama.....	35
Gambar 13 Diagram perubahan pencapaian orgasme.....	37
Gambar 14 Diagram perubahan orgasme multipel.....	39
Gambar 15 Diagram perubahan nyeri sanggama.....	41
Gambar 16 Diagram perubahan kualitas sanggama.....	43
Gambar 17 Diagram perasaan suami setelah istri menderita KSU.....	46
Gambar 18 Diagram penyaluran kegiatan seks selain dengan istri .....	47
Gambar 19 Diagram frekuensi kegiatan sanggama suami.....	48
Gambar 20 Diagram frekuensi kegiatan onani setelah istri menderita KSU.....	49
Gambar 21 Diagram sikap istri sewaktu suami minta dilayani.....	50
Gambar 22 Diagram pandangan suami terhadap istri sewaktu sanggama.....	51
Gambar 23 Diagram istri aktif minta sanggama... ..	52
Gambar 24 Diagram kegiatan sanggama dengan cara lain.....	53

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang penelitian

Perilaku seksual normal mengandung konotasi sehat, tidak terganggu baik dalam aspek fisik, psikis, maupun sosial yang dapat menyesuaikan diri dengan kegiatan seksual aktif. Perilaku seksual yang normal adalah, perilaku yang dilakukan oleh dua orang dewasa yang berlainan jenis, diakhiri sanggama dan memberi kepuasan. Pengertian penyesuaian diri seksual yang normal adalah, kemampuan melaksanakan perilaku seksual tanpa rasa takut dan salah. Penyesuaian diri seksual pada pasangan yang telah menikah adalah, untuk mempertahankan rasa cinta kasih dan daya tarik seksual terhadap pasangannya. Pasangan itu tidak mempunyai gangguan atau kesukaran serius yang dapat mengganggu, merusak, atau meniadakan suatu hubungan yang bahagia [1].

Karsinoma serviks uteri yang untuk selanjutnya disingkat KSU merupakan jenis kanker yang paling sering didapatkan di Indonesia. Sarjadi dkk di Semarang mendapatkan 132 kasus setiap tahun dengan angka kejadian 24.4 per 100,000 penduduk, dan umur rata-rata penderita antara 45-54 tahun [2]

Abitbol (1974) mengingatkan bahwa keberhasilan terapi keganasan ini, baik radioterapi maupun pembedahan tidak semata-mata diukur dengan *five years survival rate*, tetapi juga harus difikirkan pada kemungkinan disfungsi seksual penderita setelah mendapatkan terapi, khususnya bagi penderita KSU yang umurnya relatif

masih muda dimana masih memerlukan aktivitas seksual. Karena aspek ini cukup penting bagi kehidupan wanita tersebut selanjutnya dalam mempertahankan kemahligaian rumah tangganya [3,4].

Cara pengobatan dari KSU sangat tergantung dari stadianya. Untuk yang stadia awal pada umumnya dilakukan pembedahan (histerektomi radikal), kadang-kadang dikombinasikan dengan radioterapi serta kemoterapi. Sedangkan untuk yang stadia lanjut hanya menggunakan radioterapi dengan atau tanpa khemoterapi. Radioterapi bagi penderita KSU terdiri dari radiasi eksternal dan radiasi intrakaviter [5,6]. Di RSUP Dr. Kariadi Semarang, terapi radiasi bagi penderita KSU dewasa ini dilakukan dengan pemberian radiasi intrakaviter menggunakan Radium dan Sesium (*After Loading*), sedangkan untuk radiasi eksternal menggunakan Kobalt 60 atau pesawat "Linac".

Menurut Siebel (1980) dan peneliti lain, masalah yang sering timbul pada masing-masing jenis pengobatan tersebut (pembedahan atau radioterapi) mempunyai pengaruh yang cukup banyak untuk terjadinya disfungsi seksual sesudah pemberian terapi [6,7,8]. Decker dkk (1962) mengemukakan bahwa pemberian radioterapi dapat mengakibatkan terjadinya fibrosis dan berkurangnya vaskularisasi pada daerah vagina dan serviks sehingga dapat menimbulkan disfungsi seksual sesudah menjalani radioterapi. Pada pendekatan dengan pembedahan juga terjadi pemendekan dari vagina, tetapi sedikit demi sedikit akan teratasi dengan adanya aktivitas seksual, karena epitel dari vagina sendiri tidak mengalami atrofi [8].



Menurut Andersen (1995) dan Cassileth (1991), penderita KSU yang mendapatkan radioterapi akan mengalami kualitas hidup - yang secara keseluruhan termasuk aspek seksualitasnya - lebih buruk daripada penderita KSU yang mendapatkan terapi pembedahan [9,10]. Andersen (1987) mendapatkan penurunan aspek seksualitas penderita KSU pasca radioterapi sebanyak 66 % [4].

Anggra (1998) dalam penelitiannya tentang hasil histerektomi radikal pada KSU mendapatkan hasil beberapa aspek seksualitas pasca bedah mengalami penurunan, namun secara keseluruhan kualitas hidup penderita KSU pasca bedah adalah baik. Kualitas hidup yang relatif baik ini hanya dapat dinikmati oleh sebagian kecil dari keseluruhan penderita KSU (16.31 %), selebihnya KSU stadia lanjut dengan terapi radiasi seperti yang dinyatakan Cassileth dan Andersen, akan mengalami kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan penderita KSU yang mendapatkan terapi pembedahan [11].

## **1.2 Permasalahan**

Bagaimanakah perilaku seksual penderita KSU sesudah pemberian radioterapi di RSUP Dr. Kariadi Semarang ?

## **1.3 Keaslian penelitian**

Pada tahun 1974 di New York Amerika Serikat, dilakukan penelitian oleh Abitbol dan Davenport tentang disfungsi seksual penderita KSU setelah terapi pembedahan atau radioterapi yang memperlihatkan adanya disfungsi seksual penderita KSU setelah

terapi pembedahan atau radioterapi masing-masing sebesar 6.2 % dan 78 %, tetapi penelitian tersebut tidak dianalisis secara statistik [3].

Isnariani (1997) di RSUP Dr. Kariadi Semarang pernah meneliti tentang aspek seksualitas wanita pasca histerektomi karena indikasi bukan keganasan [12]. Sedangkan Anggra (1998) meneliti tentang aspek kualitas hidup termasuk masalah seksualitas penderita KSU setelah histerektomi radikal di RSUP Dr. Kariadi dan RS. St. Elisabeth Semarang [11].

Di Indonesia, penelitian masalah perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi belum pernah dilakukan. Pada penelitian ini, dengan latar belakang sosial budaya yang berbeda di Indonesia dengan luar negeri, akan diteliti sejauh mana pengaruh radioterapi terhadap perilaku seksual penderita KSU.

#### **1.4 Tujuan penelitian**

Mengetahui perilaku seksual penderita KSU setelah pemberian radioterapi.

#### **1.5 Manfaat penelitian**

- 1.5.1 Untuk memberikan masukan kepada pemberi terapi, yang dapat digunakan sebagai acuan dalam memberikan konseling sebelum dan sesudah pemberian radioterapi kepada penderita dan suami, dan dapat merupakan bahan untuk menyusun suatu *informed consent*.
- 1.5.2 Dari data yang diperoleh diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan dalam upaya perbaikan kualitas hidup penderita KSU pasca radioterapi.

## BAB II

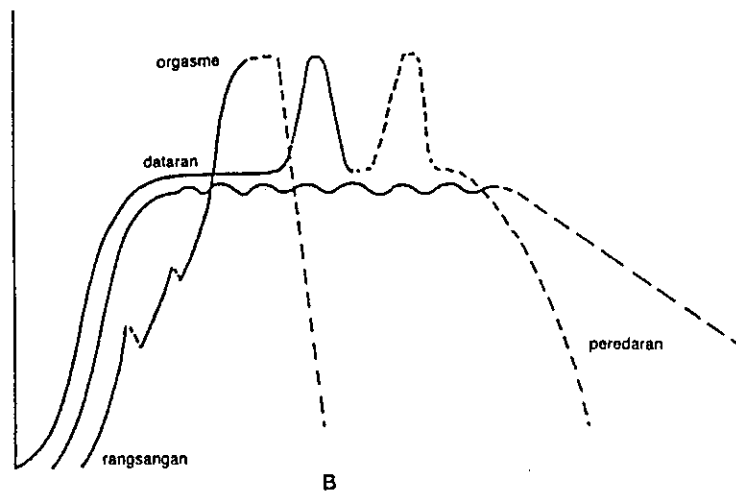
### TINJAUAN PUSTAKA

#### 1.1 Fungsi seksual normal wanita

Orang-orang yang telah berjasa dalam mempelajari reaksi dan tingkah laku seksual yang dianggap normal diantaranya ialah Van de Velde, Kinsey dan kawan-kawan, serta Masters & Johnson. Terutama hasil penyelidikan Masters dan Johnson sekarang dipakai sebagai pedoman bagi kehidupan seksual wanita. Rangsangan seksual oleh mereka menurut urutan terjadinya dibagi dalam 4 macam [13] :

- masa rangsangan (*excitement phase*).
- masa dataran tinggi (*plateau phase*).
- masa orgasme (*orgasmic phase*).
- masa peredaan (*resolution phase*).

Empat rentetan reaksi tersebut merupakan satu siklus seksualis lengkap. Pembagian ini mempunyai keuntungan dalam pemberitaan secara rinci dari penyimpangan-penyimpangan fisiologik dari tiap masa rangsangan seksual. Beberapa di antaranya sifatnya sangat ringan dan sementara dengan variasi individual yang berbeda-beda. Batas di antara masing-masing masa itu tidak begitu tajam. Dua fenomena dasar yang menyebabkan perubahan-perubahan dalam siklus orgasme yaitu vasokongesti (pengumpulan darah) dan miotonia (peningkatan tonus otot) [13,14].



**Gambar 1 Siklus reaksi seksual pada wanita**

Dikutip dari Hudono ST, Wignjosastro H. Psikosomatik dan seksologi [13].

### 2.1.1 Reaksi seksual wanita dalam siklus seksual

Masa rangsangan (*excitement phase*) terjadi sebagai akibat dari rangsangan tubuh atau rangsangan psikis. Ini merupakan masa yang paling panjang dan lamanya dapat diatur menurut kehendak yang bersangkutan, bahkan dapat dihentikan. Apabila rangsangan diteruskan dan tegangan meningkat maka rangsangan itu beralih ke masa berikutnya yaitu masa dataran tinggi (*plateau phase*). Masa ini dengan spontan beralih ke masa orgasme (*orgasmic phase*) yang singkat hanya beberapa detik. Masa berikutnya adalah masa peredaan (*resolution phase*) yaitu masa kembali dalam keadaan semula. Jika rangsangan diteruskan setelah orgasme, maka pada wanita dapat mengalami orgasme lagi pada setiap saat dalam masa peredaan, bahkan dapat beberapa kali dalam satu siklus yang disebut dengan orgasme multipel [14,15].

## **2.1.2 Perubahan alat – alat genital wanita dalam siklus seksual**

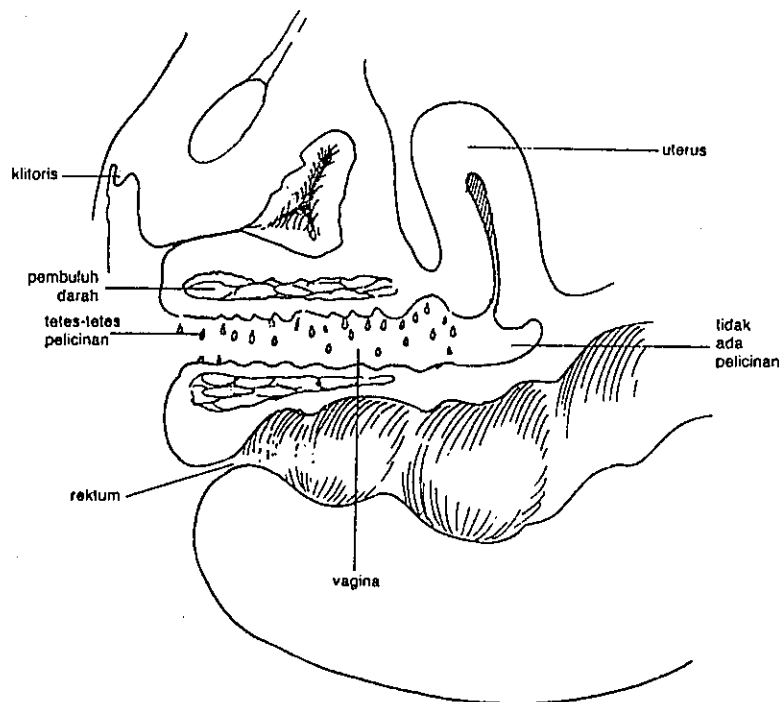
### **2.1.2.1 Vagina**

Menurut Masters dan Johnsons, vagina dapat diumpamakan sebagai tabung yang panjangnya 7-8 cm. Dalam keadaan biasa dinding-dindingnya saling bertemu, sehingga tidak terdapat ruangan di dalamnya kecuali bila terisi oleh sesuatu, misalnya darah haid atau penis waktu bersetubuh [16].

Allgeier (1985) mengemukakan bahwa perubahan-perubahan yang khas terjadi pada awal masa rangsangan. Sepuluh sampai tiga puluh detik setelah masa rangsangan dimulai terjadi transudasi seluruh dinding vagina (walaupun dalam dinding vagina tidak terdapat kelenjar), yang dapat disamakan dengan dahi yang berkeringat. Getah lendir vagina inilah yang berfungsi sebagai pelumas pada waktu masuknya penis. Pengeluaran getah ini terjadi sebagai akibat vasodilatasi dan vasokongesti pleksus venosus vagina, yang sekaligus menyebabkan perubahan warna dinding vagina dari merah muda sampai menjadi kebiru-biruan [13,15].

Masters dan Johnson juga mengemukakan bahwa dalam suatu siklus seksual terdapat perubahan-perubahan dari vagina dua pertiga proksimal yang berlainan dengan sepertiga bagian distal. Dalam masa rangsangan, lebih-lebih dalam masa dataran tinggi, bagian dua pertiga proksimal mengembung (menyerupai balon) lebih panjang dan lebih lebar, yang disertai regangan selaput lendir vagina sehingga rugae vagina tampak kurang jelas. Pengembungan bagian proksimal vagina ini menyebabkan perpindahan serviks dan korpus uteri ke dorsal dan ke kranial. Bagian sepertiga distal hanya sedikit melebar. Menjelang tibanya masa dataran tinggi, di

bagian ini dan juga di bagian bulbus vestibuli terjadi vasokongesti sehingga dinding vagina membesar dan oedematus sehingga terbentuk suatu manset orgasme (*orgasmic platform*), penis seolah-olah dicekam lebih erat. Dalam masa orgasme terjadi kontraksi-kontraksi ritmis dari manset tersebut sedikitnya 3-5 kali dengan jarak waktu 0-8 detik dan dapat mencapai maksimal 10-15 kali pada setiap orgasme. Dalam masa peredaan (*resolusi*), vagina kembali ke keadaan semula dalam urutan balik dari timbulnya perubahan-perubahan, yaitu : kontraksi-kontraksi ritmis 1/3 bagian distal mereda dan menghilang, dinding vagina menjadi merah muda lagi dan 2/3 bagian proksimal mengecil disertai dengan kembalinya rugae vagina [16].



**Gambar 2 Pelicinan vagina**

Dikutip dari Hudono ST, Wiknjosastro H. Psikosomatik dan seksologi [13]

## **2.2 Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap perilaku seksual penderita**

### **KSU setelah terapi**

#### **2.2.1 Faktor anatomi dan fisiologi**

Perubahan vagina selama aktivitas seksual normal telah dipelajari dengan hati-hati oleh Masters & Johnson. Dua fenomena penting mendahului puncak seksual. Pertama lubrikasi vagina yang disebabkan oleh transudasi dari bahan mukus melalui dinding vagina, diikuti oleh dilatasi nyata dari pleksus venosus yang mengelilingi liang vagina. Lubrikasi ini terdapat pada sebelum menopause maupun pasca menopause atau wanita yang telah dilakukan histerektomi, oleh karena itu lubrikasi ini tidak berhubungan dengan hormon-hormon wanita. Fenomena yang lain adalah pemanjangan dan ekspansi dari dua pertiga bagian atas vagina saat rugae normal vagina menghilang [15]. Beberapa perubahan vagina ini mungkin tidak terjadi lagi setelah radiasi yang hebat, dimana dapat terjadi :

1. Dinding vagina kehilangan elastisitasnya dan kemungkinan terganggu ekspansinya.
2. Tanpa sumber untuk lubrikasi, karena terdapat gangguan pada pleksus venosus dan arteri tepat pada bagian atas vagina .

Sedangkan pada pendekatan dengan pembedahan, epitel dari vagina tidak mengalami atrofi, hanya terjadi pemendekan vagina [8].

## **2.2.2 Faktor psikis**

### **2.2.2.1 Psikopatologi**

Carpenter (1990) mengemukakan bahwa respons genital terhadap stimulasi seksual akan dihantarkan melalui sistem saraf. Sistem parasimpatis memegang peranan dalam pembesaran vulva, vagina dan lubrikasi vagina. Sedangkan sistem simpatis berperan utama dalam orgasme. Adanya perasaan kecemasan, “stress”, kelelahan dan ketakutan pada penderita KSU akan merangsang sistem simpatis. Aktivasi sistem simpatis akan menghambat fungsi sistem parasimpatis. Sebagai konsekuensinya sistem parasimpatis yang berperan penting dalam awal timbulnya respons seksual, bila dihambat akan timbul disfungsi seksual [17].

Decker dkk (1962) melaporkan 29 kasus penderita KSU yang memperoleh radioterapi berupa radiasi intrakaviter dan radiasi eksternal, sekitar sepertiga penderita ini mengalami kehilangan libido dan penurunan frekuensi hubungan seksual setelah terapi. Penyebab utama dari semua ini adalah rasa takut dari penderita dan suami tentang penyakitnya yang mungkin dapat kambuh lagi [8].

### **2.2.2.2 Reaksi emosi**

Perasaan emosi tergantung pada pikiran seseorang mengenai kondisi tertentu. Bila suatu peristiwa diinterpretasikan dalam cara tertentu sehingga emosi negatif muncul seperti kecewa, ketakutan atau malu, maka semua emosi tersebut dapat berpengaruh pada fungsi seksualnya jika hal itu dialami selama adanya interaksi seksual [18].



Auschincloss (1995) menyatakan bahwa penderita KSU yang mendapatkan terapi radiasi maupun pembedahan dapat timbul suatu reaksi emosi khusus, karena wanita tersebut merasa dengan adanya penyakit kanker tersebut menjadi merasa lebih tua, tidak seksi dan tidak berharga sebagai wanita yang sempurna. Akibatnya dapat timbul perasaan cemas dari wanita tersebut dan merasa pasangannya akan memandang rendah atau dapat meninggalkan dirinya untuk wanita lain [19].

Disamping itu sebagai akibat terapi ini dapat terjadi hilangnya siklus menstruasi sebelum waktunya dimana siklus menstruasi yang pada beberapa wanita dianggap sebagai siklus bulanan pembersihan tubuhnya, dengan dikeluarkannya racun-racun tubuh. Oleh karena itu akibat terapi ini dirasakan oleh wanita tersebut adanya perubahan dari kesehatan tubuhnya dan merasa tidak muda lagi [18,20].

### **2.2.3 Faktor pasangan**

Hubungan sanggama meliputi suatu situasi dimana kedua orang menghasilkan suatu sumber yang konstan dalam mempengaruhi tingkah laku yang lainnya. Stimulasi dari pasangannya, ada tidaknya komunikasi dan ada tidaknya reaksi timbal balik, ini semua dapat memerankan suatu peran penting dalam berkembang atau tidaknya suatu masalah seksual [21]. Adanya disfungsi seksual wanita penderita KSU tidak terlihat dari cara terapinya saja, tetapi faktor lain dimana wanita tersebut sering mengalami perdarahan sentuh sebelum mendapatkan terapi akan mengalami penurunan aktivitas seksual untuk waktu yang cukup lama tanpa disadarinya. Hal ini dapat menimbulkan kondisi depresi akibat masalah penyakit kandungannya. Pengertian suaminya sangat

penting bahwa terapi penyakitnya ini belum tentu langsung menyelesaikan masalah tersebut. Disini perlu pengertian dari suami bahwa penyesuaian diri itu memerlukan waktu tidak hanya beberapa bulan, bisa sampai bertahun-tahun [19].

Pendapat Chapman (1978) yang dikutip oleh Mahoney (1983) menyatakan bahwa adanya peningkatan bermakna yang dilakukan oleh suami pada “foreplay” sebelum sanggama, maka wanita tersebut ada peningkatan dalam kualitas sanggamanya [22].

### **2.3 Pengertian Karsinoma Serviks Uteri**

Karsinoma serviks uteri adalah tumor ganas serviks uteri yang biasanya dimulai dari epitel serviks daerah transformasi antara ektoserviks dengan endoserviks. Pada daerah serviks ini dapat terjadi 3 macam histologi karsinoma yang sesuai dengan epitel yang terdapat pada serviks yaitu epidermoid, adenokarsinoma dan adenoskuamosa [5,23].

#### **2.3.1 Stadia klinis**

Pembagian stadia klinis pada KSU penting terutama untuk mengetahui seberapa jauh perkembangan penyakit secara klinis. Dengan mengetahui perkembangan penyakit, kita dapat menentukan pengelolaan lebih lanjut serta mengevaluasi hasil pengobatan. Prosedur penentuan stadia ini dapat berdasarkan pemeriksaan fisik, radiologi dan prosedur tambahan seperti biopsi, konisasi, histeroskopi, kolposkopi, kuretase endoserviks serta pemeriksaan penunjang lain seperti ultrasonografi, laparoskopi, limfangiografi serta “magnetic resonance imaging” dan lain-lain [5,24].

Pembagian stadia klinis KSU berdasarkan FIGO 1987 adalah sebagai berikut [25] :

Stadium 0	Karsinoma in situ, Karsinoma intra epitelial.
Stadium I	Karsinoma terbatas pada serviks.
Stadium I A	Karsinoma invasif, hanya dapat didiagnosis dengan mikroskop. Invasi stroma dengan kedalaman tidak lebih dari 5 mm dan perluasan tidak lebih dari 7 mm.
Stadium I A1	Menginvasi stroma dengan kedalaman tidak lebih dari 3 mm dan perluasan tidak lebih dari 7 mm.
Stadium I A2	Invasi tidak lebih dari 5 mm dari membrana basalis dan penyebaran horizontal tidak lebih dari 7 mm.
Stadium I B	Lesi lebih besar dari stadia I A, baik dapat dilihat secara klinis atau tidak.
Stadium I B1	Lesi klinis tidak lebih dari 4 cm.
Stadium I B2	Lesi klinis lebih dari 4 cm.
Stadium II	Keluar dari serviks tetapi tidak mencapai dinding pelvis. Mengenai vagina tetapi tidak mencapai 1/3 bagian bawah.
Stadium II A	Mengenai vagina, tetapi tidak jelas mengenai parametrium.
Stadium II B	Jelas sampai parametrium.
Stadium III	Karsinoma keluar sampai dinding pelvis. Tumor mencapai 1/3 bagian bawah vagina.
Stadium III A	Tidak mencapai dinding pelvis.
Stadium III B	Sampai ke dinding pelvis dengan atau tidak hydronefrosis atau gangguan fungsi ginjal.
Stadium IV	Karsinoma sudah meluas keluar rongga panggul kecil atau sudah mengenai kandung kemih atau rectum.
Stadium IV A	Penyebaran sampai ke organ yang berdekatan.
Stadium IV B	Metastasis jauh, invasi ke dalam pembuluh limfe dan pembuluh darah.

### 2.3.2 Pengelolaan KSU

Prinsip pengelolaan KSU pada umumnya adalah mengobati lesi primer serta mencegah kemungkinan adanya penyebaran dari kanker. Ada 2 cara pengobatan utama dari KSU yaitu pembedahan dan radioterapi. Radioterapi dapat dilakukan pada semua stadia dari penyakit KSU, sedangkan terapi pembedahan (histerektomi radikal) hanya dilakukan pada stadia awal yaitu stadia I B dan II A [5,25]. Untuk stadia II B sampai IV umumnya dilakukan radioterapi saja. Pada stadia IV A dapat dilakukan operasi eksenterasi pelvis pada KSU yang telah metastasis ke kandung kemih dan rektum atau yang telah menimbulkan komplikasi berupa fistula vesiko-vaginalis atau recto-vaginalis [25].

Masalah yang sering timbul pada penderita KSU yang menjalani operasi adalah gangguan kandung kemih dan rektum, umumnya terjadi 8 % lebih sering dibanding dengan yang menjalani radioterapi. Pemberian radioterapi sendiri dapat mengakibatkan terjadinya fibrosis dan berkurangnya vaskularisasi pada daerah vagina dan serviks, vagina pendek, epitel vagina mengalami atrofi sehingga vagina menjadi kaku, akibatnya dapat menimbulkan gangguan aktivitas seksual sesudah menjalani radioterapi. Pada pendekatan dengan operasi juga terjadi pemendekan dari vagina tetapi sedikit demi sedikit akan teratasi dengan adanya aktivitas seksual, karena epitel vagina sendiri tidak mengalami atrofi [5].

Disamping terapi pembedahan dan radioterapi, KSU dapat juga diberikan sitostatika sebagai terapi *adjuvant* maupun sebagai terapi paliatif [26].

## **BAB III**

### **CARA PENELITIAN**

#### **3.1 Rancangan penelitian**

Penelitian ini dengan cara potong lintang, untuk menilai adanya perubahan perilaku seksual wanita penderita KSU pasca radioterapi dengan mengadakan wawancara menggunakan kuesener yang dipakai oleh Isnariani (1997) pada waktu mengadakan penelitian tentang aspek seksualitas wanita pasca histerektomi di RSUP Dr. Kariadi Semarang [12 ].

#### **3.2 Tempat penelitian**

Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi FK UNDIP / RSUP. Dr.Kariadi dan kunjungan rumah penderita.

#### **3.3 Waktu penelitian**

Penelitian kuesener dilakukan mulai September 1998 sampai November 1998.

#### **3.4 Subyek penelitian**

Semua penderita KSU yang dikelola di sub bagian Ginekologi RSUP Dr. Kariadi Semarang periode 1 Januari 1988 – 31 Desember 1995 yang memenuhi syarat penelitian.

### **3.4.1 Syarat penerimaan sampel**

3.4.1.1 Penderita KSU yang telah dilakukan radioterapi periode 1 Januari 1988 sampai dengan 31 Desember 1995.

3.4.1.2 Usia kurang atau sama dengan 45 tahun pada saat wawancara.

3.4.1.3 Status menikah.

3.4.1.4 Bersedia ikut dalam penelitian.

3.4.1.5 Jarak waktu terapi minimal 3 tahun saat wawancara.

### **3.4.2 Syarat penolakan sampel**

3.4.2.1 Penderita telah cerai atau suami telah meninggal dunia.

3.4.2.2 Data penderita atau Rekam Medis tidak lengkap.

3.4.2.3 Masih terdapat kegiatan tumor, antara lain : lesi / infiltrat .

## **3.5 Protokol penelitian**

### **3.5.1 Pengelolaan penderita**

Penderita KSU stadia II B diberikan radiasi intrakaviter 2 kali dengan selang waktu 2 minggu, kemudian dilanjutkan dengan pemberian radiasi eksternal sebanyak 25 kali sehingga didapatkan dosis secara keseluruhan pada titik A dan B 6.000 – 8.000 rad.

Penderita KSU stadia III B dilakukan pemeriksaan foto polos abdomen dan pielografi intravena, apabila hasilnya dalam batas normal maka pengelolaan terapi radiasi sama dengan stadia II B. Apabila didapatkan kelainan (bendungan ureter), karena pertimbangan prioritas, maka hanya diberikan radiasi eksternal tanpa radiasi

intrakaviter. Sitostatika sebagai terapi *adjuvant* dapat diberikan apabila syarat pemberian sitostatika terpenuhi.

Pemeriksaan lanjutan (*follow up*) dilakukan di klinik rawat jalan khusus Ginekologi onkologi, yang meliputi anamnesis tentang perubahan berat badan, nyeri, perdarahan, fungsi traktus digestivus dan traktus urinarius. Pemeriksaan fisik meliputi pembesaran kelenjar getah bening, perabaan hepar, ginjal, massa pada abdomen dan asites, periksa dalam vagina dan rektal. Disamping itu juga dilakukan pemeriksaan Pap smir, x-foto toraks, foto polos abdomen dan pielografi intra vena. Pemeriksaan terhadap fungsi organ vital, saluran kemih dan hepar dilakukan apabila ada indikasi. Pemeriksaan lanjutan dilakukan secara intensif selama paling sedikit 5 tahun.

### 3.5.2 Proses penelitian

Data diambil dari Rekam Medis penderita KSU pasca radioterapi dan buku catatan penderita Ginekologi onkologi di bangsal Ginekologi RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 1988 – 1995.

Mengirim surat ke alamat penderita yang memenuhi syarat penelitian (penerimaan sampel) agar datang ke poliklinik 224 RSUP. Dr. Kariadi untuk diadakan evaluasi hasil pengobatan serta untuk mendapatkan persetujuan medis (*informed consent*) dalam penelitian ini. Selanjutnya dilakukan wawancara dengan kuesener oleh peneliti dengan didampingi Psikolog wanita, Dra. Siti Alfinah. Bagi responden yang tidak dapat datang dilakukan wawancara di rumah (kunjungan rumah). Data yang masuk dilakukan tabulasi untuk selanjutnya dilakukan analisis.

### 3.6 Definisi operasional

- **Perilaku seksual** adalah perilaku yang dilakukan oleh dua orang dewasa yang berlainan jenis , diakhiri sanggama dan memberi kepuasan.
- **Penderita KSU** adalah penderita yang didiagnosis KSU yang ditegakkan berdasarkan pemeriksaan klinis dan hasil histopatologi.
- **Stadia klinis KSU** berdasarkan FIGO 1987, sesuai dengan yang tertulis pada Rekam Medis saat penderita datang.
- **Keinginan sanggama** adalah fantasi atau keinginan untuk aktivitas seksual.
- **Masturbasi** adalah kegiatan melakukan aktivitas seksual terhadap dirinya sendiri tanpa pasangannya.
- **Orgasme** adalah puncak kepuasan seksual dengan adanya pelepasan ketegangan dan kontraksi ritmis otot-otot perineum dan alat reproduksi dalam pelvis. Sehingga dapat seperti gerakan involunter pelvis ke depan dan kadang – kadang disertai adanya kontraksi dari sepertiga dinding vagina yang pada beberapa wanita dapat merasakan.
- **Orgasme multipel** adalah keadaan orgasme yang dicapai lebih dari satu kali dalam satu sanggama.
- **Nyeri sanggama( *dispareuni* )** adalah rasa nyeri yang berulang dan menetap pada alat kelamin sewaktu sanggama.
- **Kualitas sanggama** adalah kepuasan melakukan aktivitas sanggama yang cukup adekuat dalam fokus, intensitas dan lamanya.



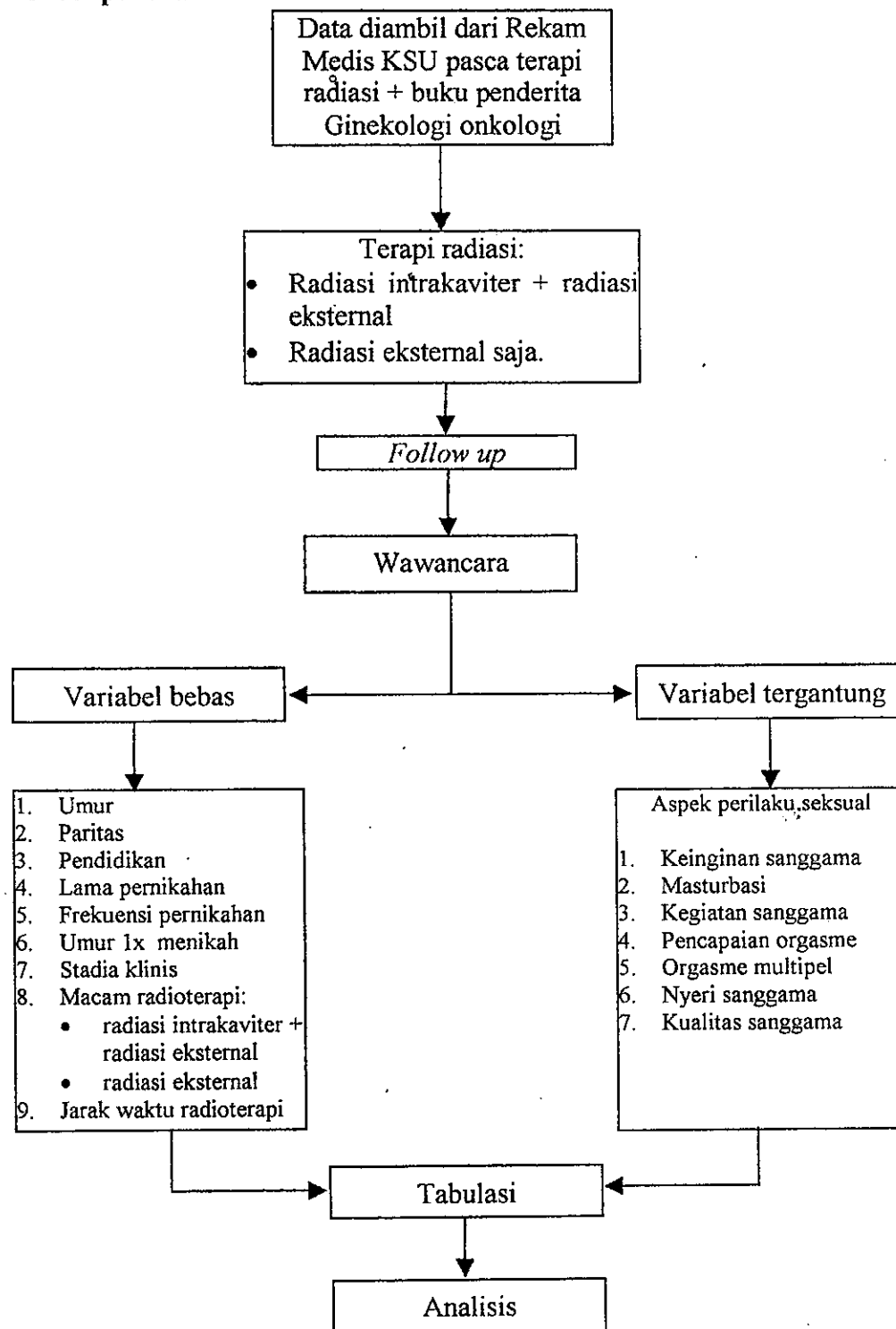
### **3.7 Pengolahan data**

Data dianalisis secara deskriptif dan ditampilkan dalam bentuk tabel, nilai rata-rata dan simpang bakunya, serta uji regresi logistik berganda.

### **3.8 Etika penelitian**

- 3.8.1 Hasil dari penelitian ini tidak menyebut nama dan kerahasiaan pribadi penderita tetap akan terjaga. Setiap penderita yang setuju akan menandatangani surat persetujuan medis (*informed consent*).
- 3.8.2 Penelitian ini tidak melanggar etika medis, agama dan kesusilaan masyarakat.
- 3.8.3 Penelitian ini tidak membebani institusi RSUP.Dr. Kariadi Semarang.
- 3.8.4 Mendapat persetujuan dari Ketua Bagian / SMF Obstetri Ginekologi, Direktur RSUP Dr. Kariadi Semarang dan Dekan FK UNDIP.

### 3.9 Alur penelitian



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### 4.1 Penelitian awal

Dilakukan wawancara pada 10 sampel penelitian yang telah dipilih secara acak, dengan menggunakan pertanyaan yang dibuat oleh Helstrom yang dimodifikasi.

Wawancara ulang dilaksanakan dengan jarak waktu 1 bulan kemudian dengan sampel yang sama. Kemudian dilakukan penilaian mengenai validitas dan reabilitas dari pertanyaan tersebut. Pertanyaan yang variabelnya bersifat nominal dikotom dengan cara "Kappa". Sedangkan pertanyaan yang variabelnya bersifat kontinyu digunakan test korelasi [27]. Rumus Kappa :

	Ya	Tidak	
Ya	A	B	AB
Tidak	C	D	CD
	AC	BD	ABCD

Langkah perhitungan :

$$\text{Kesesuaian nyata} = (A+D) / ABCD \times 100\% = p$$

$$\text{Kesesuaian karena peluang} = (AB \times CD) / ABCD + (CD \times BD) / ABCD = q$$

$$\text{Kesesuaian bukan karena peluang} = (p - q) \% = r$$

$$\text{Potensi kesesuaian bukan karena peluang} = (100 - q) \% = s$$

$$\text{Kappa} = r / s.$$

Hasil :

1. Apabila nilai Kappa = 1, maka pertanyaan tersebut ideal.
2. Apabila nilai Kappa > 0,8, maka pertanyaan tersebut sangat baik.
3. Apabila nilai Kappa 0,6 – 0,8 , maka pertanyaan tersebut baik.
4. apabila nilai Kappa < 0,6, maka pertanyaan tersebut kurang baik.

**Tabel 1 Hasil penilaian validitas pertanyaan yang variabelnya bersifat nominal**

Pertanyaan	Kappa	Pertanyaan	Kappa
P2	0,91	P23	0,55
P3	0,73	P24	0,82
P4	0,47	P25	0,91
P6	0,91	P26	0,91
P8	0,64	P27	0,82
P9	0,82	P112	0,73
P10	0,47	P213	0,91
P11	0,82	P315	0,29
P13	0,82	P416	0,38
P14	0,82	P517	0,73
P15	0,29	P618	0,82
P16	0,23	P822	0,91
P18	0,91	P923	0,55
P19	0,91	P1026	0,37
P20	1,00	P1127	0,82

Dari tabel di atas, pertanyaan yang layak diganti atau dibuang : P4, P10, P15, P16 dan P23.

**Tabel 2 Hasil penilaian validitas pertanyaan yang variabelnya bersifat kontinyu**

Pertanyaan	R	P
P1	0,35675	0,254
P5	0,03481	0,914
P7	0,73855	0,006
P8	0,25000	0,433
P12	0,40044	0,197
P14	0,71429	0,009
P17	0,79269	0,002
P19	0,84515	0,000
P20	1,00000	0,000
P22	0,76984	0,003
P24	0,66667	0,018
P25	0,83666	0,001
P28	0,94337	0,000

Dari tabel di atas, pertanyaan yang layak diganti adalah P1, P5, P8 dan P12. Dengan menggabungkan pertanyaan P1 dan P12 (P1,12) menjadi pertanyaan nominal dikotomi, maka berdasarkan hasil Kappa, pertanyaan tersebut bisa dipakai. Begitu juga untuk pertanyaan P5 dan P17 menjadi (P5,17) serta P8 dan P22 menjadi (P8,22).

#### **4.2 Penelitian yang sesungguhnya**

Selama periode 1 Januari 1988 sampai dengan 31 Desember 1995, di RSUP Dr. Kariadi Semarang didapatkan 1466 penderita KSU. Dari sejumlah kasus tersebut yang memenuhi syarat penelitian sebanyak 52 kasus yaitu penderita KSU yang mendapatkan radioterapi dengan usia pada saat wawancara dibawah 45 tahun dan suami masih ada serta bersedia ikut penelitian.

Dilakukan wawancara menggunakan pertanyaan yang valid dan reliabel untuk mengetahui perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi. Wawancara dibantu oleh seorang psikolog wanita RSUP Dr. Kariadi Semarang, Dra. Siti Alfinah dan dilaksanakan di poliklinik 224, Klinik Kesehatan Remaja RSUP Dr. Kariadi Semarang (didapatkan 34 responden) serta kunjungan rumah (didapatkan 18 responden) pada bulan September sampai Nopember 1998.

#### 4.2.1 Karakteristik penderita

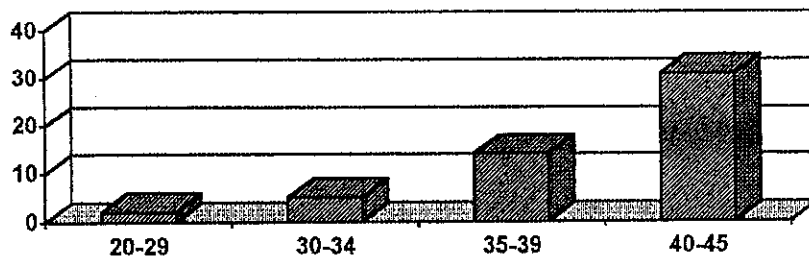
##### 4.2.1.1 Umur

Pada penelitian ini umur terbanyak didapatkan diatas 35 tahun sebanyak 45 kasus , jauh lebih banyak dibandingkan umur dibawah 35 tahun yang hanya didapatkan 7 kasus. Distribusi frekuensi umur dari responden seperti terlihat pada tabel 3 dan gambar 3.

**Tabel 3 Umur**

Umur ( tahun )	N	Jumlah %
20 – 29	2	3,85
30 – 34	5	9,62
35 – 39	14	26,92
40 – 45	31	59,62
Jumlah	52	100,00

Rata-rata umur :  $39,58 \pm 4,50$  tahun, minimal 27 tahun maksimal 45 tahun.



**Gambar 3 Diagram penderita KSU pasca radioterapi menurut umur**

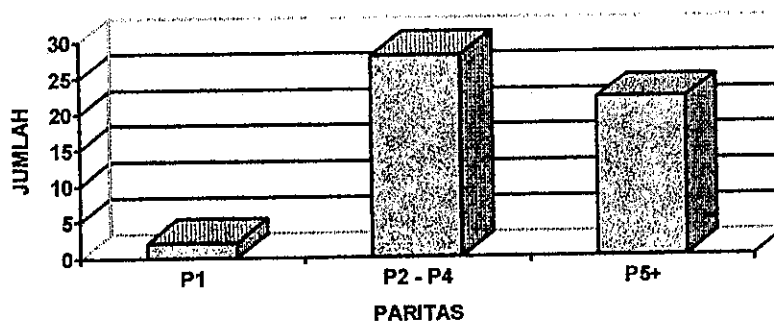
#### 4.2.1.2 Paritas

Paritas lebih dari 5 didapatkan 22 kasus. Paritas terendah 1 didapatkan 2 kasus, paritas tertinggi 8 hanya 1 kasus. Distribusi frekuensi paritas ditunjukkan pada tabel 4 dan gambar 4.

**Tabel 4 Paritas**

Paritas	Jumlah	
	N	%
P1	2	3,85
P2 – P4	28	53,85
P5 +	22	42,31
Jumlah	52	100,00

Rata rata paritas  $3,83 \pm 1,62$ , minimal 1 maksimal 8.



**Gambar 4 Diagram penderita KSU pasca radioterapi menurut paritas**

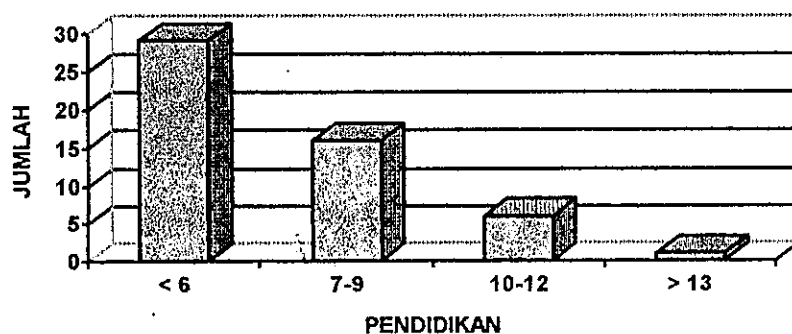
#### 4.2.1.3 Pendidikan

Lama pendidikan terbanyak kurang atau sama dengan 6 tahun didapatkan 29 kasus. Hanya didapatkan 1 kasus yang tidak sekolah. Pendidikan terlama adalah 15 tahun didapatkan 1 kasus. Distribusi frekuensi lama pendidikan seperti terlihat pada tabel 5 dan gambar 5.

**Tabel 5 Pendidikan**

Pendidikan ( tahun )	Jumlah	
	N	%
$\leq 6$	29	55,77
7 – 9	16	30,77
10 – 12	6	11,54
$\geq 13$	1	1,92
Jumlah	52	100,00

Rata – rata lama pendidikan  $6,42 \pm 3,36$  tahun, minimal 0 tahun, maksimal 15 tahun.



**Gambar 5 Diagram penderita KSU pasca radioterapi menurut pendidikan**



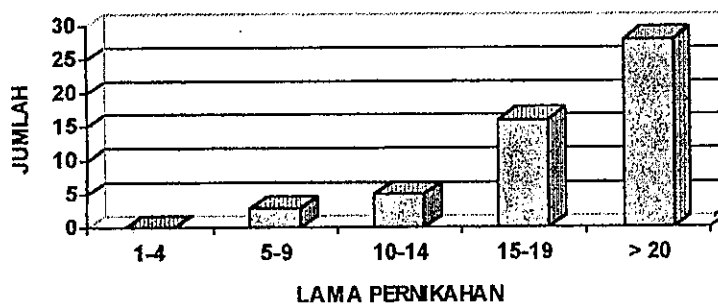
#### 4.2.1.4 Lama pernikahan

Lama pernikahan terbanyak lebih besar atau sama dengan 20 tahun didapatkan 28 kasus. Lama pernikahan tercepat adalah 6 tahun hanya ada 1 kasus, dan terlama 26 tahun didapatkan 2 kasus. Distribusi frekuensi lama pernikahan seperti terlihat pada tabel 6 dan gambar 6.

**Tabel 6 Lama pernikahan**

Lama pernikahan (tahun)	N	Jumlah	%
1 – 4	0		0
5 – 9	3		5,77
10 – 14	5		9,62
15 – 19	16		30,77
≥ 20	28		53,84
Jumlah	52		100,00

Rata – rata lama pernikahan  $19,29 \pm 4,84$  tahun, minimal 6 tahun maksimal 26 tahun.



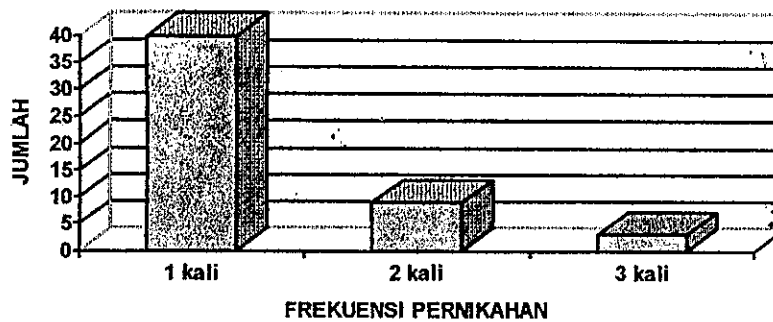
**Gambar 6 Diagram penderita KSU pasca radioterapi menurut lama pernikahan**

#### 4.2.1.5 Frekuensi pernikahan

Frekuensi pernikahan terbanyak adalah 1 kali sebanyak 40 kasus. Didapatkan 3 kasus dengan frekuensi pernikahan sampai 3 kali. Distribusi frekuensi pernikahan seperti terlihat pada tabel 7 dan gambar 7.

**Tabel 7 Frekuensi pernikahan**

Frekuensi pernikahan	Jumlah	
	N	%
1 kali	40	76,92
2 kali	9	17,31
3 kali	3	5,77
Jumlah	52	100



**Gambar 7 Diagram penderita KSU pasca radioterapi menurut frekuensi pernikahan**

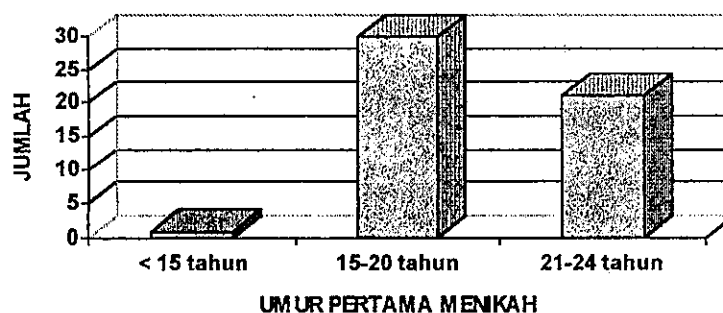
#### 4.2.1.6 Umur pertama menikah

Umur pertama menikah terbanyak adalah kurang atau sama dengan 20 tahun didapatkan 31 kasus. Umur termuda waktu menikah 14 tahun didapatkan 1 kasus, sedang umur tertua 24 tahun didapatkan 5 kasus. Distribusi frekuensi umur pertama menikah ditunjukkan pada tabel 8 dan gambar 8.

**Tabel 8 Umur pertama menikah**

Umur pertama menikah ( tahun )	Jumlah	
	N	%
< 15	1	1,92
15 - 20	30	57,69
21 - 24	21	40,38
Jumlah	52	100,00

Rata-rata umur pertama menikah  $19,60 \pm 3,00$  tahun, minimal 14 tahun maksimal 24 tahun.



**Gambar 8 Diagram penderita KSU pasca radioterapi menurut umur pertama menikah**

#### 4.2.1.7 Stadia klinis dan macam radioterapi

Stadia klinis terbanyak III B didapatkan 34 kasus sedangkan stadia klinis II B hanya didapatkan 18 kasus. Dari 52 responden hanya 7 kasus yang mendapatkan radiasi eksternal dan semuanya untuk stadia III B seperti ditunjukkan pada tabel 9 dan gambar 9.

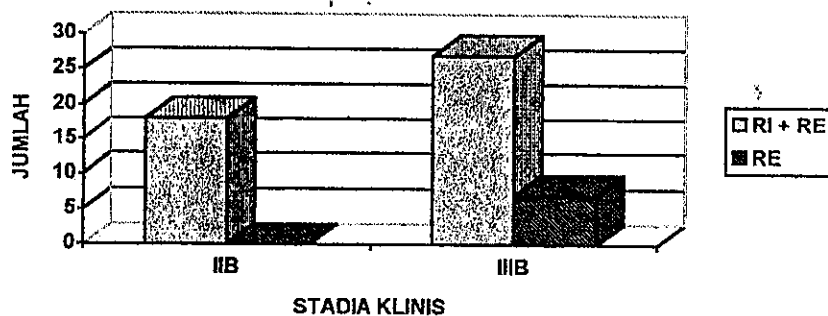
**Tabel 9 Stadia klinis dan macam radioterapi**

Stadia klinis	Macam radioterapi				Jumlah	
	RI + RE		RE			
	N	%	N	%	N	%
II B	18	40,00	0	0	18	34,62
III B	27	60,00	7	100,00	34	65,38
Jumlah	45	100,00	7	100,00	52	100,00

Keterangan :

**RI** : Radiasi intrakaviter

**RE** : Radiasi eksternal



**Gambar 9 Diagram penderita KSU pasca radioterapi menurut stadia klinis dan macam radioterapi**

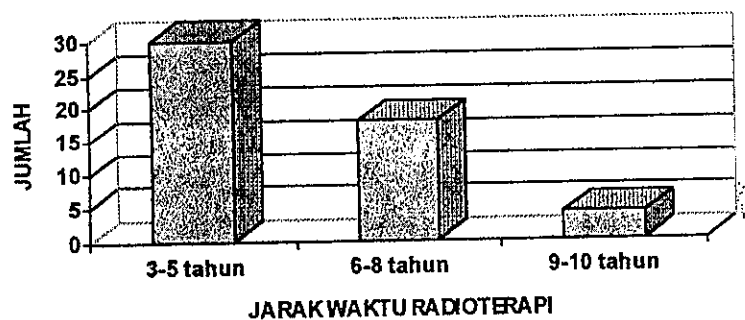
#### 4.2.1.8 Jarak waktu radioterapi

Jarak waktu radioterapi sampai dengan dilakukan wawancara terbanyak kurang atau sama dengan 5 tahun sebesar 30 kasus. Jarak waktu radioterapi tercepat adalah 3 tahun didapatkan 9 kasus, sedangkan terlama 10 tahun didapatkan 2 kasus. Distribusi frekuensi jarak waktu radioterapi ditunjukkan pada tabel 10 dan gambar 10.

**Tabel 10 Jarak waktu radioterapi**

Jarak waktu radioterapi ( tahun )	N	Jumlah	%
3 – 5	30		57,69
6 – 8	18		34,62
9 – 10	4		7,69
Jumlah	52		100,00

Rata-rata jarak waktu radioterapi  $4,84 \pm 3,32$  tahun, minimal 3 tahun maksimal 10 tahun.



**Gambar 10 Diagram penderita KSU pasca radioterapi menurut jarak waktu radioterapi**

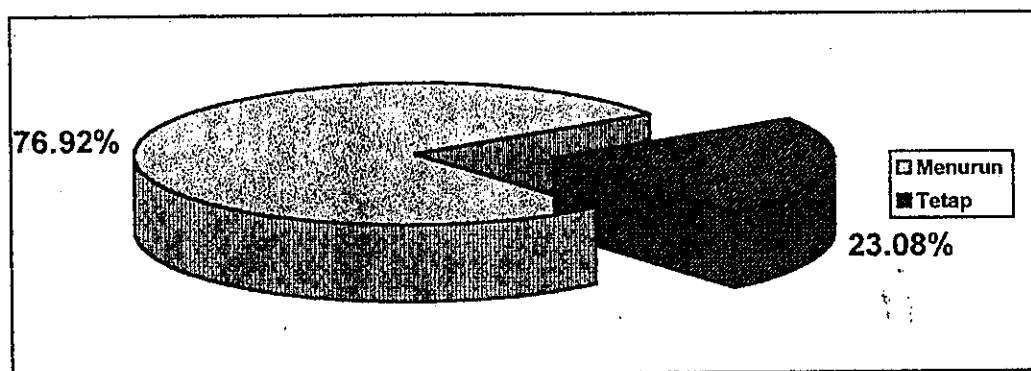
## 4.2.2 Perilaku seksual dan faktor-faktor yang mempengaruhinya

### 4.2.2.1 Perubahan frekuensi keinginan sanggama

Dari 52 responden, didapatkan 40 kasus menyatakan mengalami penurunan frekuensi keinginan sanggama, sedang 12 kasus menyatakan tidak ada perubahan seperti terlihat pada tabel 11 dan gambar 11. Dengan uji kai kuadrat terlihat bahwa faktor umur, pendidikan, paritas, lama menikah dan stadia klinis mempunyai hubungan yang bermakna dengan penurunan frekuensi keinginan sanggama ( $p < 0,05$ ) seperti ditunjukkan pada tabel 12.

**Tabel 11 Perubahan frekuensi keinginan sanggama penderita KSU pasca radioterapi**

Keinginan sanggama	Jumlah	
	N	%
Menurun	40	76,92
Tetap	12	23,08
Jumlah	52	100,00



**Gambar 11 Diagram perubahan frekuensi keinginan sanggama penderita KSU pasca radioterapi**

**Tabel 12 Faktor-faktor yang berhubungan dengan penurunan frekuensi keinginan sanggama**

Faktor	Keinginan sanggama		$X^2$	<i>p</i>
	Menurun	Tetap		
1. Umur				
• < 35 tahun	2 (28,6%)	5 (71,4%)	10,65	<u>0,004</u>
• ≥ 35 tahun	38 (84,4%)	7 (15,6%)		
2. Paritas				
• 0 – 4	19 (63,3%)	11 (36,7%)	7,37	<u>0,006</u>
• ≥ 5	21 (95,5%)	1 (4,5%)		
3. Pendidikan				
• ≤ 6 tahun	28 (96,6%)	1 (3,5%)	14,23	<u>0,002</u>
• > 6 tahun	12 (52,22%)	11 (47,8%)		
4. Lama kawin				
• 0 - 19 tahun	15 (62,5%)	9 (37,5%)	5,22	<u>0,022</u>
• ≥ 20 tahun	25 (89,3%)	3 (10,7%)		
5. Umur I kali kawin				
• ≤ 20 tahun	25 (78,1%)	7 (21,9%)	0,06	0,525
• > 20 tahun	15 (75%)	5 (25%)		
6. Frekuensi kawin				
• 1 kali	28 (70,0%)	12 (30,0%)	4,68	0,057
• > 1 kali	12 (100%)	0 (0%)		
7. Stadia klinis				
• II B	11 (61,1%)	7 (38,9%)	3,87	<u>0,048</u>
• III B	29 (85,3%)	5 (14,7%)		
8. Macam radioterapi				
• RI + RE	34 (75,6%)	11 (24,4%)	0,35	0,550
• RE	6 (85,72%)	1 (14,3%)		
9. Jarak waktu radioterapi				
• ≤ 5 tahun	20 (74,1%)	7 (25,9%)	0,26	0,612
• > 5 tahun	20 (80%)	5 (20%)		

#### 4.2.2.2 Kegiatan masturbasi

Pada penelitian ini dari 52 responden, tidak ada satu kasus pun yang melakukan kegiatan masturbasi seperti ditunjukkan pada tabel 13.

**Tabel 13 Kegiatan masturbasi penderita KSU pasca radioterapi**

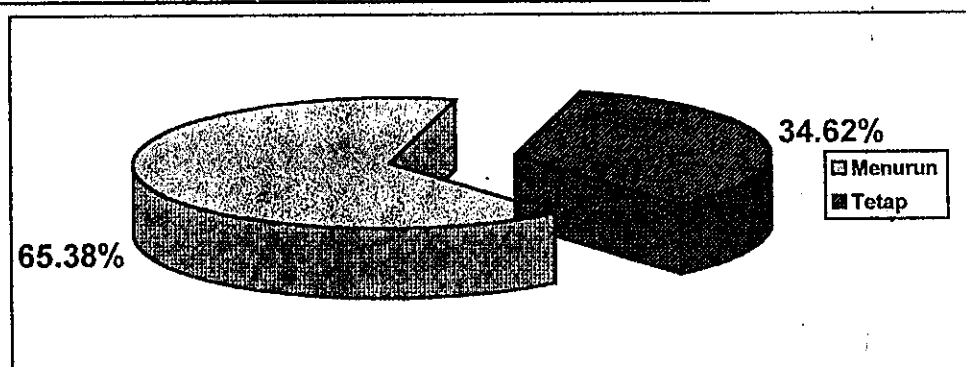
Kegiatan masturbasi	Jumlah	
	N	%
Tidak ada	52	100,00
Ada	0	0,00
Jumlah	52	100,00

#### 4.2.2.3 Perubahan frekuensi kegiatan sanggama

Didapatkan 34 kasus menyatakan penurunan frekuensi kegiatan sanggama, 18 kasus menyatakan tidak ada perubahan (tabel 14 dan gambar 12). Dengan uji kai kuadrat didapatkan faktor umur, paritas, pendidikan dan lama perkawinan berhubungan bermakna dengan penurunan frekuensi kegiatan sanggama ( $p < 0,05$ ) ( tabel 15 ).

**Tabel 14 Perubahanan frek. kegiatan sanggama KSU pasca radioterapi**

Kegiatan sanggama	Jumlah	
	N	%
Menurun	34	65,38
Tetap	18	34,62
Jumlah	52	100,00



**Gambar 12 Diagram perubahan frek.kegiatan sanggama KSU pasca radioterapi**



**Tabel 15 Faktor-faktor yang berhubungan dengan adanya penurunan frekuensi kegiatan sanggama**

Faktor	Kegiatan sanggama		$\chi^2$	P
	Menurun	Tetap		
1. Umur				
• < 35 tahun	0 (0%)	7 (100%)	15,27	<u>0,002</u>
• ≥ 35 tahun	34 (75,6%)	11 (24,4%)		
2. Paritas				
• 0 - 4	15 (50%)	15 (50%)	7,41	<u>0,006</u>
• ≥ 5	19 (86,4%)	3 (13,6%)		
3. Pendidikan				
• ≤ 6 tahun	26 (89,7%)	3 (10,3%)	17,06	<u>0,000</u>
• > 6 tahun	8 (34,8%)	15 (65,2%)		
4. Lama kawin				
• 0 - 19 tahun	11 (45,8%)	13 (54,2%)	7,52	<u>0,006</u>
• ≥ 20 tahun	23 (82,1%)	5 (17,9%)		
5. Umur I kali kawin				
• ≤ 20 tahun	20 (62,5%)	12 (37,5%)	0,30	0,580
• > 20 tahun	14 (70%)	6 (30%)		
6. Frekuensi kawin				
• 1 kali	25 (62,5%)	15 (37,5%)	0,63	0,500
• > 1 kali	9 (75%)	3 (25%)		
7. Stadia klinis				
• II B	11 (61,1%)	7 (38,9%)	0,22	0,637
• III B	23 (67,6%)	11 (32,4%)		
8. Macam radioterapi				
• RI + RE	29 (64,4%)	16 (35,6%)	0,13	0,710
• RE	5 (71,4%)	2 (28,6%)		
9. Jarak waktu radioterapi				
• ≤ 5 tahun	14 (51,9%)	13 (48,1%)	0,54	0,663
• > 5 tahun	15 (60%)	10 (40%)		

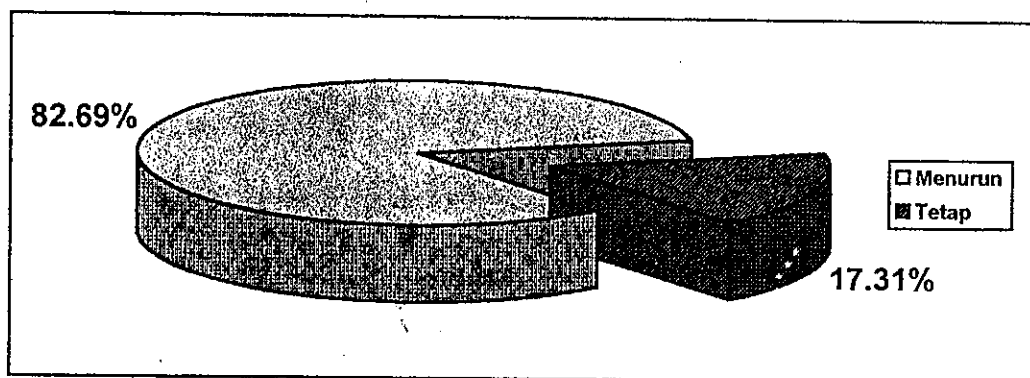
#### 4.2.2.4 Perubahan pencapaian orgasme

Dari 52 responden, didapatkan 43 kasus menyatakan penurunan pencapaian orgasme, dan hanya 9 kasus yang menyatakan tidak ada perubahan ( tabel 16 dan gambar 13 ).

Dengan uji kai kuadrat didapatkan faktor umur, paritas dan pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan penurunan pencapaian orgasme ( $p < 0,05$ ), seperti terlihat pada tabel 17.

**Tabel 16 Perubahan pencapaian orgasme penderit KSU pasca radioterapi**

Pencapaian orgasme	Jumlah	
	N	%
Menurun	43	82,69
Tetap	9	17,31
Jumlah	52	100,00



**Gambar 13 Diagram perubahan pencapaian orgasme penderit KSU pasca radioterapi**

**Tabel 17 Faktor-faktor yang berhubungan dengan adanya penurunan pencapaian orgasme**

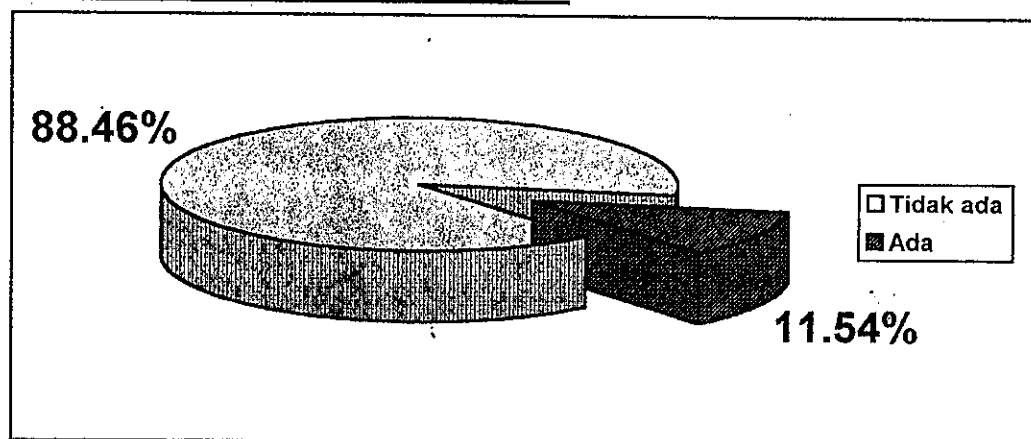
Faktor	Pencapaian orgasme		X <sup>2</sup>	p
	Menurun	Tetap		
1. Umur				
• < 35 tahun	2 (28,6%)	5 (71,4%)	16,55	<u>0,000</u>
• ≥ 35 tahun	41 (91,1%)	4 (8,9%)		
2. Paritas				
• 0 - 4	21 (70%)	9 (30%)	7,98	<u>0,006</u>
• ≥ 5	22 (100%)	0 (0%)		
3. Pendidikan				
• ≤ 6 tahun	29 (100%)	0 (0%)	13,72	<u>0,000</u>
• > 6 tahun	14 (60,9%)	9 (39,1%)		
4. Lama kawin				
• 0 - 19 tahun	17 (70,8%)	7 (29,2%)	4,37	0,060
• ≥ 20 tahun	26 (92,9%)	2 (7,1%)		
5. Umur I kali kawin				
• ≤ 20 tahun	28 (87,5%)	4 (12,5%)	1,34	0,283
• > 20 tahun	15 (75%)	5 (25%)		
6. Frekuensi kawin				
• 1 kali	31 (77,5%)	9 (22,5%)	3,26	0,092
• > 1 kali	12 (100%)	0 (0%)		
7. Stadia klinis				
• II B	12 (66,7%)	6 (33,3%)	4,93	0,054
• III B	31 (91,2%)	3 (8,8%)		
8. Macam radioterapi				
• RI + RE	37 (82,2%)	8 (17,8%)	0,05	0,824
• RE	6 (85,7%)	1 (14,3%)		
9. Jarak waktu radioterapi				
• ≤ 5 tahun	22 (81,5%)	5 (18,5%)	0,05	0,810
• > 5 tahun	21 (84,0%)	4 (16,0%)		

#### 4.2.2.5 Perubahan orgasme multipel

Sebagian besar responden (46 kasus) tidak mengalami orgasme multipel dan hanya 6 kasus yang mengaku mengalami orgasme multipel (tabel 18 dan gambar 14). Dengan uji kai kuadrat didapatkan tiga faktor yang berhubungan bermakna dengan adanya orgasme multipel, yaitu umur, paritas dan pendidikan ( $p < 0,05$ ) seperti terlihat pada tabel 19.

**Tabel 18 Perubahan orgasme multipel penderita KSU pasca radioterapi**

Orgasme multipel	Jumlah	
	N	%
Tidak ada	46	88,46
Ada	6	11,54
Jumlah	52	100,00



**Gambar 14 Diagram perubahan orgasme multipel penderita KSU pasca radioterapi**

**Tabel 19 Faktor-faktor yang berhubungan dengan adanya penurunan orgasme multipel**

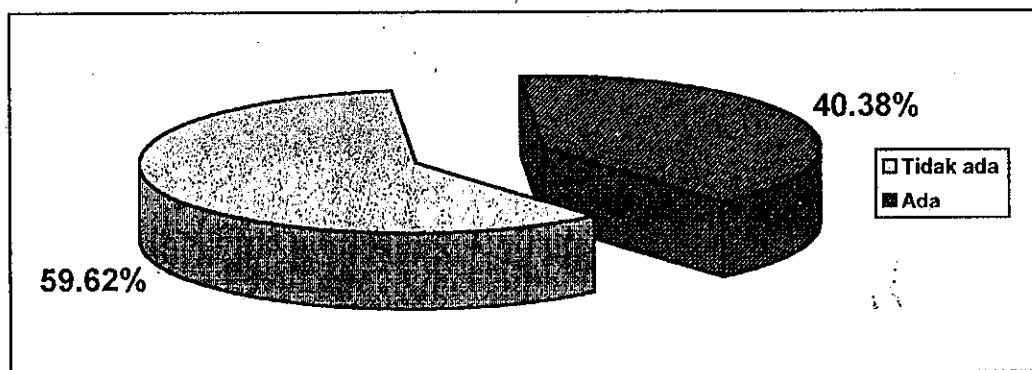
Faktor	Orgasme multipel		$X^2$	<i>p</i>
	Tidak ada	Ada		
1. Umur				
• < 35 tahun	2 (28,6%)	5 (71,4%)	28,42	<u>0,000</u>
• ≥ 35 tahun	44 (97,8%)	1 (2,2%)		
2. Paritas				
• 0 - 4	24 (80%)	6 (20%)	4,97	<u>0,034</u>
• ≥ 5	22 (100%)	0 (0%)		
3. Pendidikan				
• ≤ 6 tahun	29 (100%)	0 (0%)	8,55	<u>0,004</u>
• > 6 tahun	17 (73,9%)	6 (26,1%)		
4. Lama kawin				
• 0 - 19 tahun	19 (79,2%)	5 (20,8%)	3,77	0,082
• ≥ 20 tahun	27 (96,4%)	1 (3,6%)		
5. Umur I kali kawin				
• ≤ 20 tahun	29 (90,6%)	3 (9,4%)	0,38	0,661
• > 20 tahun	17 (85%)	3 (15%)		
6. Frekuensi kawin				
• 1 kali	34 (85%)	6 (15%)	2,03	0,313
• > 1 kali	12 (100%)	0 (0%)		
7. Stadia klinis				
• II B	14 (77,8%)	4 (22,2%)	3,07	0,164
• III B	32 (94,1%)	2 (5,9%)		
8. Macam radioterapi				
• RI + RE	39 (86,7%)	6 (13,3%)	1,05	0,572
• RE	7 (100%)	0 (0%)		
9. Jarak waktu radioterapi				
• ≤ 5 tahun	23 (85,2%)	4 (14,8%)	0,59	0,442
• > 5 tahun	23 (92,0%)	2 (8,0%)		

#### 4.2.2.6 Perubahan nyeri sanggama

Dari 52 responden yang menyatakan nyeri saat sanggama 21 kasus, sedangkan yang menyatakan tidak ada nyeri sanggama 31 kasus, seperti terlihat pada tabel 20 dan gambar 15. Dengan uji kai kuadrat didapatkan faktor umur, paritas dan pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan adanya nyeri sanggama ( $p < 0,05$ ), seperti terlihat pada tabel 21.

**Tabel 20 Perubahan nyeri sanggama penderita KSU pasca radioterapi**

Nyeri sanggama	Jumlah	
	N	%
Ada	21	40,38
Tidak ada	31	59,62
Jumlah	52	100,00



**Gambar 15 Diagram perubahan nyeri sanggama penderita KSU pasca radioterapi**

**Tabel 21 Faktor-faktor yang berhubungan dengan adanya nyeri sanggama**

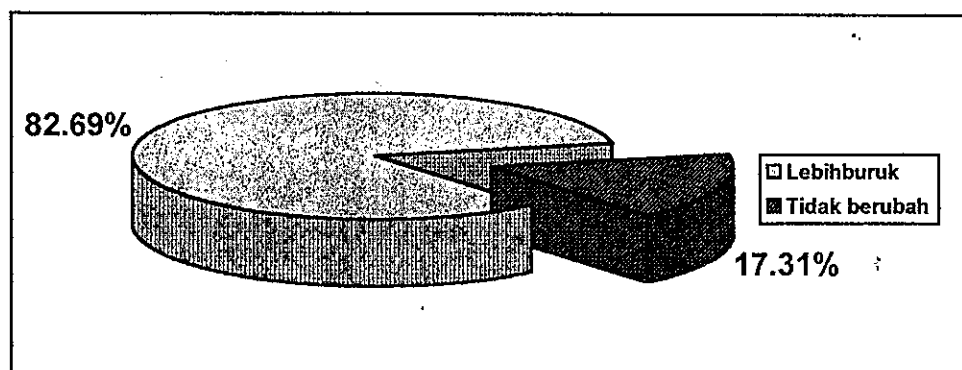
Faktor	Nyeri sanggama		$X^2$	<i>p</i>
	Ada	Tidak ada		
1. Umur				
• < 35 tahun	0 (0%)	7 (100%)	5,47	<u>0,032</u>
• ≥ 35 tahun	21 (46,7%)	24 (53,3%)		
2. Paritas				
• 0 - 4	8 (26,7%)	22 (73,3%)	5,54	<u>0,018</u>
• ≥ 5	13 (59,1%)	9 (40,9%)		
3. Pendidikan				
• ≤ 6 tahun	17 (58,6%)	12 (41,4%)	9,05	<u>0,026</u>
• > 6 tahun	4 (17,4%)	19 (82,6%)		
4. Lama kawin				
• 0 - 19 tahun	7 (29,2%)	17 (70,8%)	2,32	0,126
• ≥ 20 tahun	14 (50%)	14 (50%)		
5. Umur I kali kawin				
• ≤ 20 tahun	15 (46,9%)	17 (53,1%)	1,45	0,227
• > 20 tahun	6 (30%)	14 (70%)		
6. Frekuensi kawin				
• 1 kali	14 (35%)	26 (65%)	2,08	0,188
• > 1 kali	7 (58,3%)	5 (41,7%)		
7. Stadia klinis				
• II B	8 (44,4%)	10 (55,6%)	0,18	0,664
• III B	13 (38,2%)	21 (61,8%)		
8. Macam radioterapi				
• RI + RE	17 (37,8%)	28 (62,2%)	0,94	0,420
• RE	4 (57,1%)	3 (42,9%)		
9. Jarak waktu radioterapi				
• ≤ 5 tahun	9 (33,3%)	18 (66,7%)	1,15	0,282
• > 5 tahun	12 (48,0%)	13 (52,0%)		

#### 4.2.2.7 Perubahan kualitas sanggama

Kualitas sanggama responden (fokus, intensitas dan lamanya) menjadi lebih buruk setelah radioterapi sebanyak 43 kasus, sedangkan yang menyatakan tidak berubah hanya ada 9 kasus seperti ditunjukkan tabel 22 dan gambar 16. Dengan uji kai kuadrat didapatkan dua faktor yang berhubungan bermakna dengan buruknya kualitas sanggama, yaitu umur dan pendidikan ( $p < 0,05$ ) seperti terlihat pada tabel 23.

**Tabel 22** perubahan kualitas sanggama penderita KSU pasca radioterapi

Kualitas sanggama	Jumlah	
	N	%
Lebih buruk	43	82,69
Tidak berubah	9	17,31
Jumlah	52	100,00



**Gambar 16** Diagram perubahan kualitas sanggama penderita KSU pasca radioterapi



**Tabel 23 Faktor-faktor yang berhubungan dengan buruknya kualitas sanggama**

Faktor	Kualitas sanggama		$X^2$	<i>p</i>
	Menurun	Tetap		
1. Umur				
• < 35 tahun	2 (28,6%)	5 (71,4%)	16,55	<u>0,000</u>
• ≥ 35 tahun	41 (91,1%)	4 (8,9%)		
2. Paritas				
• 0 - 4	22 (73,3%)	8 (26,7%)	4,33	0,061
• ≥ 5	31 (95,5%)	1 (4,5%)		
3. Pendidikan				
• ≤ 6 tahun	28 (96,6%)	1 (3,4%)	8,79	<u>0,006</u>
• > 6 tahun	15 (65,2%)	8 (34,8%)		
4. Lama kawin				
• 0 - 19 tahun	17 (70,8%)	7 (29,2%)	4,37	0,063
• ≥ 20 tahun	26 (92,9%)	2 (7,1%)		
5. Umur I kali kawin				
• ≤ 20 tahun	27 (84,4%)	5 (15,6%)	0,16	0,719
• > 20 tahun	16 (80%)	4 (20%)		
6. Frekuensi kawin				
• 1 kali	32 (80%)	8 (20%)	0,87	0,665
• > 1 kali	11 (91,7%)	1 (8,3%)		
7. Stadia klinis				
• II B	13 (72,2%)	5 (27,8%)	2,10	0,246
• III B	30 (88,2%)	4 (11,8%)		
8. Macam radioterapi				
• RI + RE	37 (82,2%)	8 (17,8%)	0,05	0,820
• RE	6 (85,7%)	1 (14,3%)		
9. Jarak waktu radioterapi				
• ≤ 5 tahun	22 (81,5%)	5 (18,5%)	0,05	0,810
• > 5 tahun	21 (84,0%)	4 (16,0%)		

#### 4.2.2.8 Hasil uji regresi logistik berganda

Oleh karena kebanyakan dari faktor yang dianalisis saling mempengaruhi, maka perlu dilakukan uji regresi logistik berganda. Dengan uji tersebut dapat diketahui bahwa hanya faktor pendidikan yang mempunyai hubungan yang bermakna terhadap penurunan frekuensi kegiatan sanggama dengan nilai  $p = 0.0232$ . Sedangkan faktor-faktor yang lain tidak berhubungan terhadap penurunan aspek perilaku seksual seperti terlihat pada tabel 24.

**Tabel 24 Faktor yang mempengaruhi perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi**

Faktor	FKS		FGS		PO		OM		NS		KS	
	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p
Umur	-0,25	0,93	-0,02	0,95	-0,22	0,92	-0,88	0,97	0,29	0,31	0,46	0,28
Paritas	-0,95	0,38	-0,35	0,07	0,48	0,69	-0,04	0,60	-0,60	0,26	0,57	0,49
Pendidikan	-0,72	0,08	-0,74	<u>0,02</u>	-0,19	0,65	-0,60	0,35	-0,28	0,22	0,02	0,96
Lama nikah	1,40	0,92	0,29	0,40	1,49	0,91	1,36	0,95	-0,15	0,56	-0,23	0,58
Frek. Nikah	22,75	0,87	2,26	0,16	18,65	0,89	14,38	0,92	-0,06	0,94	-0,52	0,77
Umur lx nikah	1,73	0,90	0,51	0,12	1,35	0,93	1,62	0,94	-0,28	0,25	-0,19	0,61
Stadia klinis	1,41	0,39	-0,16	0,89	1,92	0,35	-0,18	0,94	-0,52	0,54	0,78	0,59
Macam terapi	-1,66	0,36	0,34	0,80	-2,89	0,16	6,66	0,96	0,65	0,49	-1,42	0,35
Jarak terapi	0,19	0,59	0,19	0,44	-0,09	0,81	-0,34	0,49	0,03	0,57	-0,19	0,54

Keterangan :

- FKS : Frekuensi keinginan sanggama
- FGS : Frekuensi kegiatan sanggama
- PO : Pencapaian orgasme
- OM : Orgasme multipel
- NS : Nyeri sanggama
- KS : Kualitas sanggama
- B : Koefisien regresi
- p : Probabilitas

### 4.3 Faktor Suami

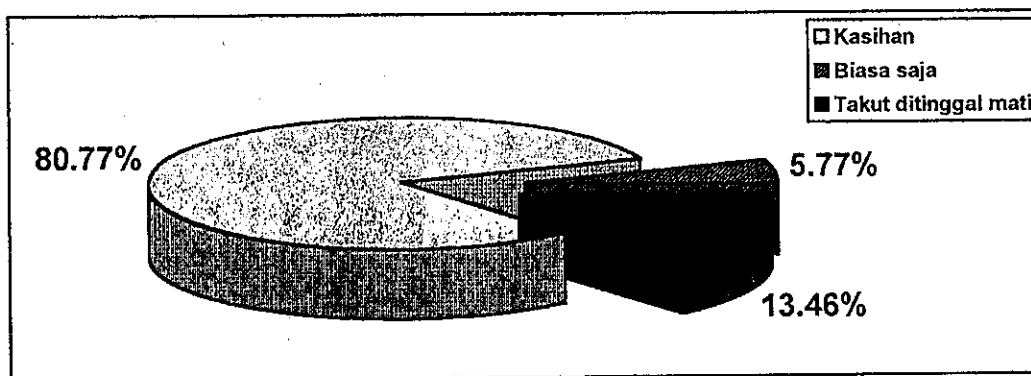
Pada penelitian tentang perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi ini, kami juga mencoba melakukan wawancara dengan suami penderita untuk mengetahui pandangan dari pihak suami tentang aktivitas seksual mereka setelah istri menderita KSU dan mendapatkan radioterapi.

#### 4.3.1 Perasaan suami setelah istri menderita KSU

Dari 52 responden, sebagian besar para suami merasa kasihan terhadap istrinya setelah menderita KSU didapatkan 42 kasus, terlihat pada tabel 25 dan gambar 17.

**Tabel 25 Perasaan suami setelah istri menderita KSU**

Perasaan suami	Jumlah	
	N	%
Kasihan	42	80,77
Biasa saja	3	5,77
Ketakutan ditinggal mati	7	13,46
Jumlah	52	100,00



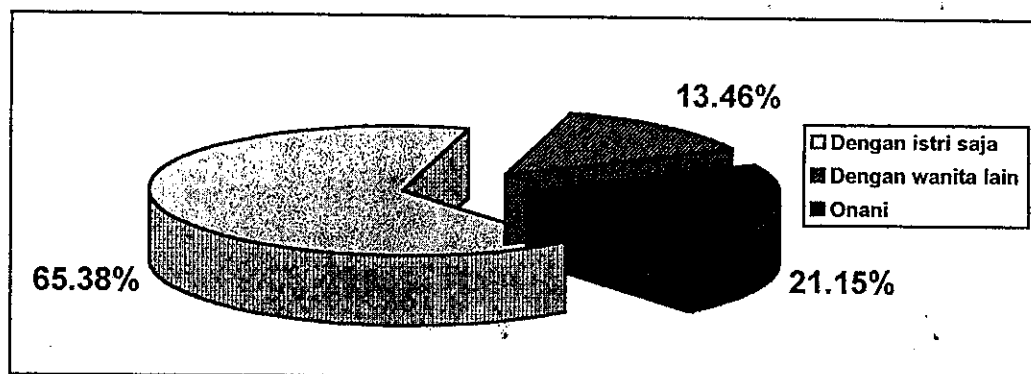
**Gambar 17 Diagram perasaan suami setelah istri menderita KSU**

#### 4.3.2 Penyaluran kegiatan seks selain dengan istri setelah istri menderita KSU

Didapatkan sebagian besar sebanyak 34 kasus berhubungan seks dengan istri saja seperti terlihat pada tabel 26 dan gambar 18.

**Tabel 26** Penyaluran kegiatan seks selain dengan istri setelah istri menderita KSU

Penyaluran kegiatan seks	Jumlah	
	N	%
Dengan istri saja	34	65,38
Dengan wanita lain	7	13,46
Dengan cara onani	11	21,15
Jumlah	52	100,00



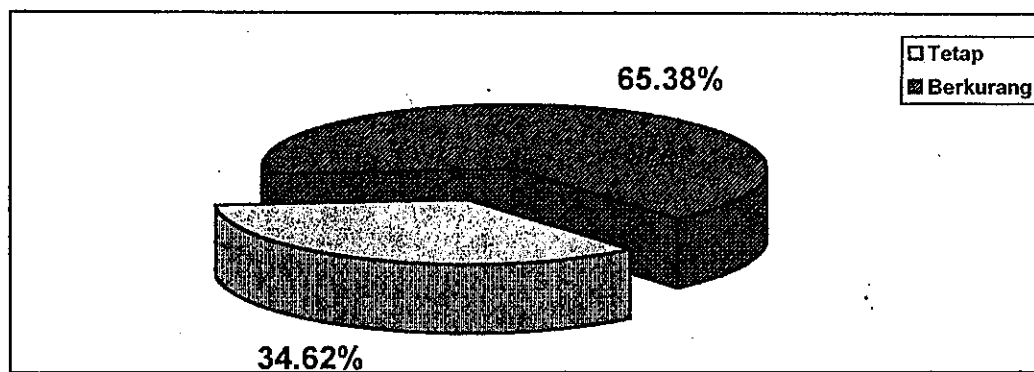
**Gambar 18** Diagram penyaluran kegiatan seks selain dengan istri setelah istri menderita KSU

#### 4.3.3 Frekuensi kegiatan sanggama setelah istri menderita KSU

Sebagian besar menyatakan berkurang, didapatkan 34 kasus, sedangkan yang menyatakan tetap 18 kasus seperti terlihat pada tabel 27 dan gambar 19.

**Tabel 27 Frekuensi kegiatan sanggama setelah istri menderita KSU**

Kegiatan sanggama	Jumlah	
	N	%
Berkurang	34	65,38
Tetap	18	34,62
Jumlah	52	100,00



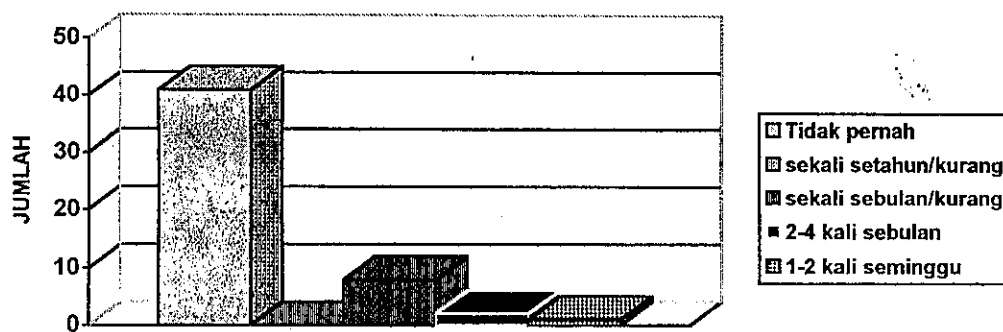
**Gambar 19 Diagram frekuensi kegiatan sanggama setelah istri menderita KSU**

#### 4.3.4 Frekuensi kegiatan onani setelah istri menderita KSU

Sebagian besar sebanyak 41 kasus menyatakan tidak pernah, 11 kasus menyatakan melakukan kegiatan onani seperti terlihat pada tabel 28 dan gambar 20.

**Tabel 28 Frekuensi kegiatan onani setelah istri menderita KSU**

Kegiatan onani	Jumlah	
	N	%
Tidak pernah	41	78,85
1 kali setahun / kurang	0	0
1 kali sebulan / kurang	8	15,38
2 – 4 kali sebulan	2	3,85
1 – 2 kali seminggu	1	1,92
Jumlah	52	100,00



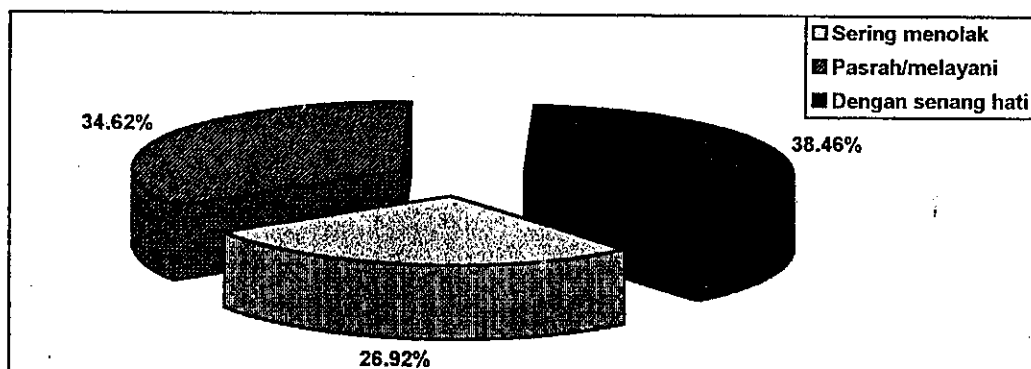
**Gambar 20 Diagram frekuensi kegiatan onani setelah istri menderita KSU**

#### 4.3.5 Sikap istri sewaktu suami minta dilayani

Sebagian besar menyatakan pasrah / melayani didapatkan 18 kasus, sedangkan yang sering menolak 14 kasus (tabel 29 dan gambar 21).

**Tabel 29 Sikap istri sewaktu suami minta dilayani**

Sikap istri	Jumlah	
	N	%
Sering menolak	14	26,92
Pasrah / melayani	18	34,62
Dengan senang hati	20	38,46
Jumlah	52	100,00



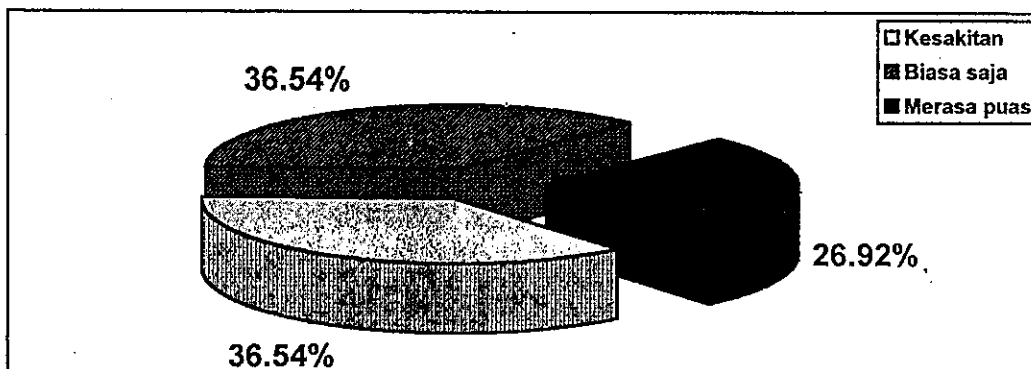
**Gambar 21 Diagram sikap istri sewaktu suami minta dilayani**

#### 4.3.6 Pandangan suami terhadap istri sewaktu melakukan kegiatan sanggama

Dari 52 responden, hanya 14 kasus yang menyatakan istrinya merasakan kepuasan (orgasme ). Masing-masing 19 kasus menyatakan kesakitan dan biasa saja, seperti terlihat pada tabel 30 dan gambar 22.

**Tabel 30 Pandangan suami terhadap istri sewaktu melakukan kegiatan sanggama**

Pandangan suami terhadap istri	Jumlah	
	N	%
Kesakitan	19	36,54
Biasa saja	19	36,54
Merasakan kepuasan (orgasme)	14	26,92
Jumlah	52	100,00



**Gambar 22 Diagram pandangan suami terhadap istri sewaktu melakukan kegiatan sanggama**

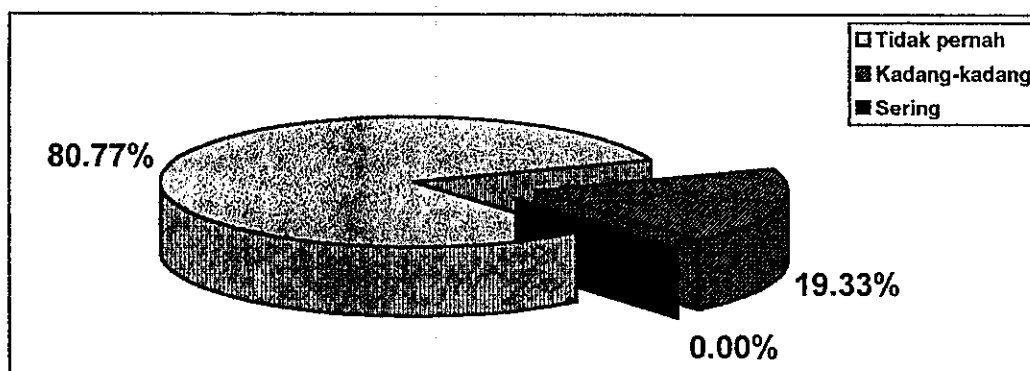


#### 4.3.7 Istri yang aktif minta sanggama

Sebagian besar sebanyak 42 kasus menyatakan istri tidak pernah aktif minta bersanggama pada suami seperti terlihat pada tabel 31 dan gambar 23.

**Tabel 31 Istri yang aktif minta sanggama**

Istri yang aktif minta sanggama	Jumlah	
	N	%
Tidak pernah	42	80,77
Kadang-kadang	10	19,33
Sering	0	0
Jumlah	52	100,00



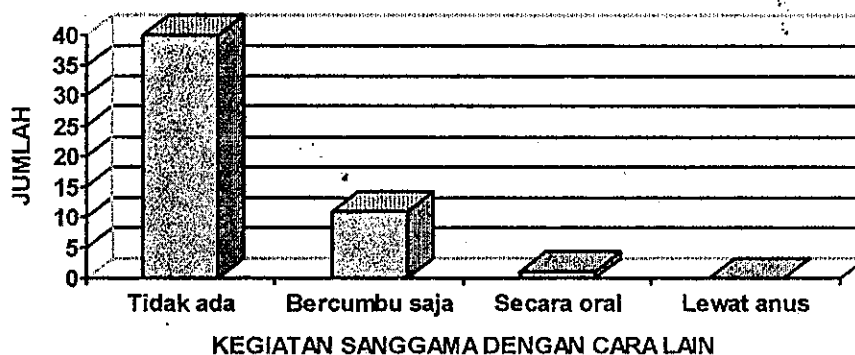
**Gambar 23 Diagram istri yang aktif minta sanggama**

#### 4.3.8 Kegiatan sanggama dengan cara lain

Sebagian besar responden sebanyak 40 kasus menyatakan hanya melakukan kegiatan sanggama lewat vagina, sedangkan kegiatan sanggama lewat anus tidak didapatkan (tabel 32 dan gambar 24).

**Tabel 32 Kegiatan sanggama dengan cara lain**

Kegiatan sanggama dengan cara lain	Jumlah	
	N	%
Tidak ada	40	76,92
Bercumbu saja	11	21,15
Secara oral	1	1,92
Lewat anus	0	0
Jumlah	52	100,00



**Gambar 24 Diagram kegiatan sanggama dengan cara lain**

#### 4.4 Rekapitulasi

##### 4.4.1 Rekapitulasi perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi

Agar lebih mudah dalam melihat disfungsi seksual dan faktor-faktor apa saja yang berhubungan atau berpengaruh terhadap perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi, maka dilakukan rekapitulasi dari semua hasil penelitian. Hasil rekapitulasi ini memperlihatkan adanya penurunan aspek perilaku seksual yang cukup besar, yaitu antara 65-89 % terhadap aspek frekuensi keinginan sanggama, frekuensi kegiatan sanggama, pencapaian orgasme, orgasme multipel dan kualitas sanggama. Sedangkan wanita yang mengaku mengalami nyeri sanggama didapatkan 40.38 % (tabel 33).

**Tabel 33 Rekapitulasi perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi**

Perilaku seksual	Menurun (%)	Tetap (%)	Keterangan
1. Keinginan sanggama	76,92	23,08	
2. Masturbasi	-	-	Tidak ada kegiatan masturbasi
3. Kegiatan sanggama	65,38	34,62	
4. Pencapaian orgasme	82,69	17,31	
5. Orgasme multipel	88,46	11,54	
6. Nyeri sanggama	40,38	59,62	
7. Kualitas sanggama	82,69	17,31	

##### 4.4.2 Rekapitulasi faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan perilaku seksual

Dengan menggunakan uji kai kuadrat didapatkan bahwa faktor umur diatas atau sama dengan 35 tahun dan pendidikan kurang atau sama dengan 6 tahun mempunyai

hubungan yang bermakna terhadap penurunan semua aspek perilaku seksual. Faktor paritas yang lebih banyak atau sama dengan 5 mempunyai hubungan yang bermakna terhadap penurunan aspek frekuensi keinginan sanggama, kegiatan sanggama, pencapaian orgasme, orgasme multipel dan nyeri sanggama. Faktor lama pernikahan yang lebih atau sama dengan 20 tahun mempunyai hubungan yang bermakna terhadap penurunan aspek frekuensi keinginan sanggama dan kegiatan sanggama, sedangkan stadia klinis IIIB mempunyai hubungan yang bermakna dengan penurunan frekuensi keinginan sanggama (tabel 34).

**Tabel 34 Rekapitulasi faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi (dengan uji Kai-kuadrat)**

Faktor	FKS		FGS		PO		OM		NS		KS	
	X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p	X <sup>2</sup>	p
Umur	10,6	<u>0,00</u>	15,3	<u>0,00</u>	16,6	<u>0,00</u>	28,4	<u>0,00</u>	5,5	<u>0,03</u>	16,6	<u>0,00</u>
Paritas	7,3	<u>0,00</u>	7,4	<u>0,00</u>	7,9	<u>0,00</u>	4,9	<u>0,03</u>	5,5	<u>0,02</u>	4,3	0,06
Pendidikan	14,2	<u>0,00</u>	17,1	<u>0,00</u>	13,7	<u>0,00</u>	8,6	<u>0,00</u>	9,1	<u>0,02</u>	8,8	<u>0,01</u>
Lama nikah	5,2	<u>0,02</u>	7,6	<u>0,00</u>	4,4	0,06	3,8	0,08	2,3	0,12	4,4	0,06
Frek. Nikah	4,7	0,06	0,3	0,6	1,3	0,28	0,4	0,66	1,5	0,22	0,2	0,72
Umur Ix nikah	0,1	0,52	0,6	0,5	3,2	0,09	2,1	0,31	2,1	0,19	0,9	0,67
Stadia klinis	3,9	<u>0,04</u>	0,2	0,6	4,9	0,05	3,1	0,16	0,2	0,66	2,1	0,25
Macam terapi	0,4	0,55	0,1	0,7	0,1	0,82	1,1	0,57	0,9	0,42	0,1	0,82
Jarak terapi	0,3	0,61	0,5	0,66	0,1	0,81	0,6	0,44	1,2	0,28	0,1	0,81

Keterangan :

- FKS : Frekuensi keinginan sanggama
- FGS : Frekuensi kegiatan sanggama
- PO : Pencapaian orgasme
- OM : Orgasme multipel
- NS : Nyeri sanggama
- KS : Kualitas sanggama
- X<sup>2</sup> : Nilai kai kuadrat
- p : Probabilitas

Oleh karena kebanyakan dari faktor yang dianalisis saling mempengaruhi, maka perlu dilakukan uji regresi logistik berganda. Dengan uji tersebut dapat diketahui bahwa hanya faktor pendidikan yang mempunyai hubungan yang bermakna terhadap penurunan frekuensi kegiatan sanggama dengan nilai  $p = 0,0232$ . Pendidikan yang rendah (kurang atau sama dengan 6 tahun) berhubungan secara bermakna terhadap penurunan frekuensi kegiatan sanggama. Sedangkan faktor-faktor yang lain tidak berhubungan terhadap penurunan perilaku seksual ( tabel 35 ).

**Tabel 35 Rekapitulasi faktor yang mempengaruhi penurunan perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi (dengan uji regresi logistik berganda)**

Faktor	FKS		FGS		PO		OM		NS		KS	
	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p
Umur	-1,25	0,93	-0,02	0,95	-1,22	0,92	-0,88	0,97	0,29	0,31	0,46	0,28
Paritas	-0,95	0,38	-1,35	0,07	0,48	0,69	-1,04	0,60	-0,60	0,26	0,57	0,49
Pendidikan	-0,72	0,08	-0,74	<u>0,02</u>	-0,19	0,65	-0,60	0,35	-0,28	0,22	0,02	0,96
Lama nikah	1,40	0,92	0,29	0,40	1,49	0,91	1,36	0,95	-0,15	0,56	-0,23	0,58
Frek. Nikah	22,75	0,87	2,26	0,16	18,65	0,89	14,38	0,92	-0,06	0,94	-0,52	0,77
Umur lx nikah	1,73	0,90	0,51	0,12	1,35	0,93	1,62	0,94	-0,28	0,25	-0,19	0,61
Stadia klinis	1,41	0,39	-0,16	0,89	1,92	0,35	-0,18	0,94	-0,52	0,54	0,78	0,59
Macam terapi	-1,66	0,36	0,34	0,80	-2,89	0,16	6,66	0,96	0,65	0,49	-1,42	0,35
Jarak terapi	0,19	0,59	0,19	0,44	-0,09	0,81	-0,34	0,49	0,03	0,57	-0,19	0,54

Keterangan :

FKS : Frekuensi keinginan sanggama  
 FGS : Frekuensi kegiatan sanggama  
 PO : Pencapaian orgasme  
 OM : Orgasme multipel  
 NS : Nyeri sanggama  
 KS : Kualitas sanggama  
 B : Koefisien regresi  
 p : Probabilitas

#### **4.4.3 Rekapitulasi pandangan suami setelah istri menderita KSU**

Dari sudut pandang suami penderita KSU pasca radioterapi, setelah dilakukan rekapitulasi, sebagian besar suami masih sayang/cinta terhadap istrinya walaupun sang istri dalam keadaan sakit. Bahkan sebagian responden justru merasa khawatir ditinggal mati oleh istrinya. Penyaluran seks biarpun setelah istrinya sakit tidak memuaskan bagi para suami, sebagian besar masih tetap setia terhadap istrinya, terbukti hanya didapatkan 13.46 % saja yang bersanggama dengan wanita lain selain istrinya.

Dari rekapitulasi ini juga terlihat bahwa, biarpun istrinya sebagian besar tidak pernah aktif minta sanggama yaitu sebesar 80.77 %, tetapi yang sering menolak kalau diajak sanggama hanya 26.92%. Kegiatan onani setelah istri menderita KSU didapatkan 21.15 %. Sedangkan pandangan suami pada waktu sanggama, istri mengalami kesakitan didapatkan 36.54 % hampir sama dengan yang dikatakan oleh pihak istri yaitu sebanyak 40.38 %.

Kegiatan sanggama dengan cara lain, tidak didapatkan dengan cara lewat anus, hanya didapatkan dengan cara bercumbu saja dan lewat oral sebanyak 23.08 % (tabel 36).

**Tabel 36 Rekapitulasi pandangan suami setelah istri menderita KSU**

Aspek perilaku seksual	Jumlah (%)
1. Perasaan suami “biasa” saja	5,77
2. Penyaluran seks dengan wanita lain	13,46
3. Penurunan kegiatan sanggama	65,38
4. Kegiatan onani	21,15
5. Istri sering menolak sanggama	26,92
6. Istri kesakitan sewaktu sanggama	36,54
7. Istri tak pernah aktif minta sanggama	80,77
8. Kegiatan sanggama dengan cara lain	23,08

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Pada penelitian ini telah dilakukan wawancara terhadap penderita KSU pasca radioterapi setelah jangka waktu 3 tahun sampai dengan 10 tahun dari saat pemberian radioterapi di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Didapatkan 52 responden yang memenuhi syarat penelitian yaitu usia kurang atau sama dengan 45 tahun pada saat wawancara, berstatus menikah dan suami masih ada, serta bersedia ikut dalam penelitian.

Penderita menjalani wawancara di Poliklinik 224 dan Klinik Kesehatan Remaja RSUP. Dr. Kariadi dengan dibantu oleh Psikolog Dra. Siti Alfinah serta sebagian penderita menjalani wawancara di rumah (kunjungan rumah).

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi hasil wawancara, baik dari pihak pewawancara maupun dari pihak penderita. Faktor faktor yang dapat mempengaruhi penderita pada saat wawancara antara lain adalah : ketidak terbukaannya, tingkat pendidikan, takut, adanya problem keluarga dan masih banyak lagi [28]. Akan tetapi peneliti berusaha untuk membuat suasana wawancara menjadi santai dan berusaha menghindari faktor yang dapat mempengaruhi hasil wawancara. Disadari pula bahwa hasil penelitian ini ada "bias"-nya karena adanya faktor faktor dari pewawancara dan penderita yang memang tidak dapat dihindari, dan dapat mempengaruhi hasil wawancara.

Karena penelitian ini merupakan penelitian analitik, maka seharusnya



dilakukan penghitungan besar sampel untuk mendapatkan kekuatan statistik yang memadai. Walaupun jumlah sampel pada penelitian ini terbatas, tetapi diharapkan dapat menggambarkan beberapa perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi di Indonesia pada umumnya dan di RSUP. Dr. Kariadi Semarang pada khususnya.

## **5.1 Perilaku seksual**

### **5.1.1 Frekuensi keinginan sanggama**

Penelitian ini mendapatkan 76,92 % penderita menyatakan terjadi penurunan frekuensi keinginan sanggama, sedangkan yang menyatakan tidak ada perubahan hanya 23,08%. Hasil ini berbeda cukup banyak dibandingkan yang dilaporkan oleh Isnariani (1997) yang mendapatkan penurunan frekuensi keinginan sanggama pada penderita pasca histerektomi atas indikasi neoplasma jinak ginekologi sebanyak 38 % [12], hampir sama dengan yang didapatkan Anggra (1998) yang mendapatkan penurunan frekuensi keinginan sanggama penderita KSU pasca histerektomi radikal sebanyak 31,58 % [11]. Sedangkan hasil yang hampir sama pada penelitian ini didapatkan pada penelitian yang dilakukan oleh Andersen (1987) yang mendapatkan penurunan frekuensi keinginan sanggama sampai sebesar 66 % pada penderita KSU pasca radioterapi, dibandingkan hanya 34 % penderita KSU pasca pembedahan [4]. Hasil ini juga mendukung pernyataan Cassileth (1991) yang menyatakan bahwa penderita KSU yang mendapatkan radioterapi akan mengalami kualitas hidup secara keseluruhan termasuk aspek seksualnya lebih buruk daripada penderita KSU yang menjalani pembedahan saja [10]. Sedangkan Decker (1962) menyatakan bahwa

penurunan frekuensi keinginan sanggama penderita KSU pasca radioterapi kemungkinan dapat juga dipengaruhi oleh faktor psikis yang meliputi antara lain : psikopatologi yang menyertainya sebelum radioterapi, atau reaksi emosi yang timbul akibat radioterapi maupun kondisi berfikir, bersikap dan kepercayaannya bahwa radioterapi akan menimbulkan gangguan pada aktivitas seksual selanjutnya [8], (tabel 37).

**Tabel 37 Angka kejadian penurunan frekuensi keinginan sanggama pasca tindakan ginekologi**

Peneliti	Penurunan keinginan sanggama (%)	Keterangan
Decker (1962)	71	KSU pasca radioterapi
Andersen (1987)	66	- idem -
Cassileth (1991)	59	- idem -
Isnariani (1997)	38	Pasca histerektomi bukan keganasan
Anggra (1998)	31,58	KSU pasca histerektomi radikal
Hardiyanto (1999) *	76,92	KSU pasca radioterapi

Keterangan : \* Pada penelitian ini

### 5.1.2 Kegiatan masturbasi

Pada penelitian ini tidak ada satu orang penderita pun yang menyatakan pernah melakukan kegiatan masturbasi setelah radioterapi. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Kinsey dkk (1953) yang menyatakan bahwa 70-80 % diantara wanita dewasa pernah melakukan kegiatan masturbasi [29]. Tidak terungkapnya kegiatan masturbasi pada penelitian ini mungkin karena sebagian besar penderita berpendidikan rendah (lama tingkat pendidikan kurang atau sama dengan 6 tahun), yang mempunyai keterbatasan pengetahuan dan ketidakterbukaan sebagai faktor yang berpengaruh. Disamping itu adanya perbedaan latar belakang sosial dan budaya di Indonesia dengan luar negeri juga sebagai faktor yang berpengaruh (tabel 38).

**Tabel 38 Angka kejadian kegiatan masturbasi pada wanita**

Peneliti	Kegiatan masturbasi (%)	Keterangan
Kinsey dkk (1953)	70-80	Wanita dewasa
Abitbol (1974)	34	KSU pasca radioterapi
Isnariani (1997)	18	Pasca histerektomi bukan keganasan
Hardiyanto (1999) *	0	KSU pasca radioterapi

Keterangan : \* Pada penelitian ini

### 5.1.3 Frekuensi kegiatan sanggama

Penurunan frekuensi kegiatan sanggama terjadi pada 65.38 % penderita, sedangkan yang menyatakan tidak ada perubahan hanyalah 34.62 %. Hasil ini berbeda cukup banyak dibandingkan dengan yang dilaporkan oleh Anggra (1998) yang mendapatkan angka penurunan kegiatan sanggama pada KSU pasca histerektomi radikal hanyalah sebesar 31,58 % [11]. Sedangkan hasil yang hampir sama dengan penelitian ini dilaporkan oleh Andersen (1987) yang mendapatkan angka penurunan kegiatan sanggama penderita KSU pasca radioterapi sebesar 66 %, dan menyatakan bahwa penurunan frekuensi kegiatan sanggama ini sejalan dengan penurunan frekuensi keinginan sanggama. Apabila frekuensi keinginan sanggama menurun oleh karena faktor radioterapi maka frekuensi kegiatan sanggama juga akan menurun. Disamping itu ketakutan terhadap penyakit yang diderita juga berpengaruh terhadap penurunan keinginan dan kegiatan sanggama [4], (tabel 39).

**Tabel 39 Angka kejadian penurunan frekuensi kegiatan sanggama pasca tindakan ginekologi**

Peneliti	Penurunan kegiatan sanggama (%)	Keterangan
Abitbol (1974)	78	KSU pasca radioterapi
Andersen (1987)	66	- idem -
Anggra (1998)	31,58	KSU pasca histerektomi radikal
Hardiyanto ( 1999) *	65,38	KSU pasca radioterapi

Keterangan : \* Pada penelitian ini

#### 5.1.4 Pencapaian orgasme

Pada penelitian ini sebanyak 82,69 % menyatakan mengalami penurunan pencapaian orgasme, sedangkan yang menyatakan tidak ada perubahan hanyalah 17,31%. Ternyata responden yang menyatakan penurunan pencapaian orgasme ini lebih banyak dibandingkan dengan penurunan frekuensi keinginan / kegiatan sanggama, karena pencapaian orgasme ini adalah salah satu kondisi obyektif untuk menilai kualitas sanggama. Sebagian responden menyatakan bahwa keinginan dan kegiatan sanggama dilakukan karena hanya ingin melayani suami, sehingga hasil yang didapatkan lebih buruk dari yang diharapkan. Hal ini berbeda dengan pendapat Andersen (1987) yang menyatakan bahwa penurunan pencapaian orgasme ini sebanding dengan penurunan keinginan dan kegiatan sanggama [4]. Sedangkan Abitbol (1974) menyatakan bahwa radioterapi terutama intrakaviter pada penderita KSU mengakibatkan sensitivitas vagina menjadi berkurang sehingga penderita tidak dapat menerima rangsangan seksual secara adekuat [3], (tabel 40).

**Tabel 40 Angka kejadian penurunan pencapaian orgasme pasca tindakan ginekologi**

Peneliti	Penurunan pencapaian orgasme (%)	Keterangan
Abitbol (1974)	78	KSU pasca radioterapi
Andersen (1987)	66	- idem -
Anggra (1998)	31,58	KSU pasca histerektomi radikal
Hardiyanto (1999) *	82,69	KSU pasca radioterapi

Keterangan : \* Pada penelitian ini

### 5.1.5 Orgasme multipel

Pada penelitian ini jumlah penderita yang mengalami orgasme multipel lebih sedikit lagi yaitu hanya 11,54 %, sedangkan yang menyatakan tidak mengalami orgasme multipel sebanyak 88,46 %. Meskipun jumlahnya amat sedikit, penderita KSU pasca radioterapi pada penelitian ini masih dapat mengalami orgasme multipel. Hasil ini berbeda cukup banyak dengan yang dilaporkan Anggra (1998) yang melaporkan penderita KSU pasca radikal histerektomi hanya sebanyak 31,58 % yang tidak mengalami orgasme multipel [11], (tabel 41).

Allgeier (1985) menyatakan bahwa pada wanita dapat mempertahankan fase "plateau" akibat adanya stimulasi terus menerus dari pasangannya sehingga dapat timbul orgasme multipelnya [15].

**Tabel 41 Angka kejadian penurunan orgasme multipel pasca tindakan ginekologi**

Peneliti	Penurunan orgasme multipel (%)	Keterangan
Abitbol (1974)	78	KSU pasca radioterapi
Andersen (1987)	66	- idem -
Anggra (1998)	31,58	KSU pasca histerektomi radikal
Hardiyanto (1999) *	88,46	KSU pasca radioterapi

Keterangan : \* Pada penelitian ini

### 5.1.6 Nyeri sanggama

Didapatkan 40,38 % penderita mengeluh nyeri saat melakukan sanggama. Hasil yang berbeda dengan yang dilaporkan Anggra (1998) yang tidak mendapatkan adanya nyeri sanggama penderita KSU pasca histerektomi radikal [11]. Hasil yang hampir sama pada penelitian ini dilaporkan oleh Isnariani (1997) yang mendapatkan 32,00 % mengalami nyeri sanggama kasus yang dilakukan histerektomi atas indikasi bukan keganasan [12]. Sedangkan Seibel dkk (1980) mendapatkan 38 % penderita KSU menyatakan mengalami nyeri sanggama setelah radioterapi. Penyempitan dan obliterasi vagina, juga fibrosis pasca radioterapi merupakan salah satu penyebab nyeri sanggama, disamping juga diakibatkan karena masalah psikis penderita tersebut [6], (tabel 42).

**Tabel 42 Angka kejadian nyeri sanggama pasca tindakan ginekologi**

Peneliti	Adanya nyeri sanggama (%)	Keterangan
Abitbol (1974)	36	KSU pasca radioterapi
Seibel dkk (1980)	38	- idem -
Isnariani (1997)	32	Pasca histerektomi bukan keganasan
Anggra (1998)	0	KSU pasca histerektomi radikal
Hardiyanto (1999) *	40,38	KSU pasca radioterapi

Keterangan : \* Pada penelitian ini

### 5.1.7 Kualitas sanggama

Kualitas sanggama dalam penelitian ini dinilai dari kepuasan melakukan sanggama yang adekuat dalam fokus, intensitas dan lamanya yang dirasakan oleh penderita KSU pasca radioterapi. Hasil penelitian ini didapatkan 82,69% menyatakan lebih buruk, jauh lebih banyak dibandingkan 17,31 % yang menyatakan tidak berubah. Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilaporkan oleh Anggra (1998) yang mendapatkan angka penurunan ini hanya sebesar 31,58 % pada penderita KSU pasca histerektomi radikal [11]. Hasil yang hampir sama dilaporkan oleh Isnariani (1997) yang mendapatkan penurunan kualitas sanggama sebesar 22 % pada kasus yang dilakukan histerektomi bukan karena keganasan [12]. Hasil yang hampir sama pada penelitian ini dilaporkan oleh Abitbol (1974) yang mendapatkan penurunan kualitas sanggama penderita KSU pasca radioterapi sebesar 78 % dan menyatakan penurunan kualitas sanggama ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain : fisik (anatomis), psikososial serta persepsi penderita terhadap penyakit yang diderita [3], (tabel 43).

**Tabel 43 Angka kejadian penurunan kualitas sanggama pasca tindakan ginekologi**

Peneliti	Penurunan kualitas sanggama (%)	Keterangan
Abitbol (1974)	78	KSU pasca radioterapi
Andersen (1987)	66	- idem -
Isnariani (1997)	22	Pasca histerektomi bukan keganasan
Anggra (1998)	31,58	KSU pasca histerektomi radikal
Hardiyanto (1999) *	82,69	KSU pasca radioterapi

Keterangan : \* Pada penelitian ini



## **5.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan perilaku seksual**

### **5.2.1 Umur**

Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna pengaruh umur terhadap penurunan semua perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi. Kelompok umur penderita lebih atau sama dengan 35 tahun menunjukkan penurunan perilaku seksual yang bermakna dibandingkan kelompok umur diatas 35 tahun. Hasil ini sesuai dengan penelitian Thranov dkk (1994) yang menunjukkan bahwa umur secara alamiah berpengaruh terhadap penurunan aktivitas seksual penderita kanker ginekologi setelah terapi. Makin tua umur, makin menurun aktivitas seksual wanita tersebut [7]. Sehingga dapat disimpulkan bahwa penurunan perilaku seksual ini dipengaruhi oleh faktor umur, serta sesuai dengan pendapat Amias (1975) bahwa bila ada gangguan kehidupan seksual penderita pasca terapi kanker, jangan hanya dilihat dari faktor terapinya saja, tetapi juga harus diperhatikan bahwa terapi tersebut dapat dilakukan pada masa dalam kehidupan manusia dimana memang ada penurunan aktivitas seksual [30]. Hal ini menjadi suatu pertanyaan, masih relevankah menganggap perilaku seksual sebagai salah dari aspek kualitas hidup manusia khususnya bagi wanita pada umur setelah reproduksi ( $\geq 35$  tahun) ?.

### **5.2.2 Pendidikan**

Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan penurunan semua perilaku seksual yang diteliti. Kelompok penderita dengan tingkat pendidikan kurang atau sama dengan 6 tahun secara bermakna berpengaruh

terhadap penurunan semua perilaku seksual dibandingkan dengan kelompok pendidikan lebih dari 6 tahun. Hasil yang sama didapatkan Anggra (1998) dalam penelitiannya terhadap penderita KSU pasca histerektomi radikal mendapatkan hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan penurunan perilaku seksual penderita tersebut [11]. Sedangkan Isnariani (1997) tidak mendapatkan hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan penurunan beberapa aspek seksualitas penderita pasca histerektomi bukan karena keganasan [12].

Faktor pendidikan seperti yang dikemukakan oleh Andersen (1995) menyatakan bahwa pada wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan terjadi komunikasi seksual yang lebih terbuka, sedangkan pada wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah cenderung tertutup dalam mengemukakan pandangan seksualnya, termasuk kehidupan seksual yang dialaminya dan cenderung menerima kehidupan seksual yang dialami sebagai apa adanya [9].

### **5.2.3 Paritas**

Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara paritas dengan penurunan beberapa perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi yaitu keinginan sanggama, kegiatan sanggama, pencapaian orgasme, orgasme multipel dan nyeri sanggama. Kelompok paritas lebih besar atau sama dengan 5 berpengaruh secara bermakna terhadap penurunan beberapa perilaku seksual seperti tersebut diatas. Hasil ini berbeda dengan yang dilaporkan oleh Isnariani (1997) dalam penelitiannya tidak mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara paritas

dengan penurunan beberapa aspek seksualitas wanita pasca histerektomi bukan keganasan [12]. Hasil yang berbeda ini kemungkinan disebabkan distribusi paritas pada penelitian ini didapatkan banyak pada paritas lebih besar atau sama dengan lima. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa angka kejadian KSU akan meningkat sebesar 2,8 kali pada wanita yang melahirkan lebih dari 3 kali dibandingkan dengan wanita yang melahirkan kurang dari 3 kali [31].

#### **5.2.4 Lama pernikahan**

Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara lama pernikahan dengan penurunan beberapa perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi yaitu keinginan sanggama dan kegiatan sanggama. Kelompok penderita dengan lama pernikahan lebih atau sama dengan 20 tahun berpengaruh secara bermakna terhadap penurunan keinginan dan kegiatan sanggama dibandingkan dengan kelompok penderita dengan lama pernikahan kurang dari 20 tahun. Hasil yang berbeda dilaporkan oleh Isnariani (1997) dalam penelitiannya tidak mendapatkan hubungan yang bermakna antara lama pernikahan dengan penurunan beberapa aspek seksual penderita pasca histerektomi bukan keganasan [12]. Hasil yang berbeda ini kemungkinan juga terkait dengan distribusi umur pada penelitian ini terbanyak diatas 35 tahun, dengan demikian lama pernikahan juga akan lebih lama sehingga terjadi hubungan yang bermakna. Achmad dkk (1985) dalam penelitiannya di RSUP Dr. Kariadi Semarang mendapatkan nilai rata-rata lama pernikahan penderita KSU  $26,69 \pm 4,43$  tahun [32].

### **5.2.5 Stadia klinis**

Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara stadia klinis terhadap penurunan frekuensi keinginan sanggama penderita KSU pasca radioterapi. Stadia klinis IIIB berpengaruh secara bermakna terhadap penurunan frekuensi keinginan sanggama dibandingkan dengan stadia klinis IIB. Hasil yang berbeda dilaporkan oleh Anggra (1998) dalam penelitiannya tentang penderita KSU pasca histerektomi radikal tidak mendapatkan hubungan yang bermakna antara stadia klinis dengan penurunan aspek seksual penderita [11]. Hal ini disebabkan prognosis dan pemberian radioterapi yang mungkin berbeda antara stadia klinis IIIB dengan IIB. Sesuai dengan protokol pengelolaan penderita KSU di sub bagian Ginekologi onkologi RSUP Dr Kariadi, penderita yang mendapatkan radioterapi saja adalah minimal stadia IIB, sedangkan stadia sebelum IIB dilakukan pembedahan. Untuk stadia klinis IIB semuanya mendapatkan radioterapi lengkap yaitu radiasi intrakaviter dengan menggunakan Radium dan radiasi eksternal dengan menggunakan Kobalt atau "Linac". Sedangkan penderita stadia klinis III B tidak semuanya mendapatkan radiasi lengkap oleh karena persediaan Radium yang terbatas sehingga penderita yang mempunyai prognosis baik saja yang diberikan radioterapi lengkap, selebihnya diberikan radiasi eksternal saja.

### **5.3 Rekapitulasi perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi**

Dari hasil rekapitulasi penelitian ini, khususnya terhadap perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi yang meliputi aspek keinginan sanggama, kegiatan sanggama, pencapaian orgasme, adanya orgasme multipel, nyeri sanggama dan kualitas

sanggama didapatkan adanya disfungsi seksual yang cukup banyak terhadap penderita KSU pasca radioterapi. Disfungsi seksual pada wanita penderita KSU pasca radioterapi seperti yang didapatkan pada penelitian ini hampir sama banyak dengan yang dilaporkan oleh peneliti-peneliti lain dari luar negeri, biarpun terdapat perbedaan latar belakang sosial dan budaya. Hanya didapatkan satu aspek perilaku seksual yang berbeda yaitu tentang kegiatan masturbasi. Hal ini mungkin terpengaruh oleh adanya perbedaan latar belakang sosial dan budaya antara di Indonesia dengan luar negeri.

Dari hasil penelitian ini juga terlihat bahwa wanita penderita KSU yang mendapatkan radioterapi mengalami disfungsi seksual yang lebih banyak dibandingkan dengan yang dilakukan pembedahan dalam hal ini histerektomi radikal. Hal ini sesuai dengan pendapat Siebel (1980) dan peneliti lain yang menyatakan bahwa masalah yang sering timbul pada masing-masing pengobatan KSU (pembedahan atau radioterapi) mempunyai pengaruh yang cukup banyak untuk terjadinya disfungsi seksual sesudah pemberian terapi tersebut [6]. Secara anatomi dan fisiologi, Decker dkk (1962) mengemukakan bahwa pemberian radioterapi dapat mengakibatkan terjadinya fibrosis dan berkurangnya vaskularisasi pada daerah vagina dan serviks sehingga dapat menyebabkan disfungsi seksual sesudah menjalani radioterapi. Pada pendekatan dengan pembedahan juga terjadi pemendekan dari vagina, tetapi sedikit demi sedikit akan teratasi dengan adanya aktivitas seksual, karena epitel vagina sendiri tidak mengalami atrofi [8]. Menurut Andersen (1995) dan Cassileth (1991), penderita KSU yang mendapatkan radioterapi akan mengalami kualitas hidup - yang

secara keseluruhan termasuk aspek seksualnya - lebih buruk daripada penderita KSU yang mendapatkan terapi pembedahan [9,10].

#### **5.4 Rekapitulasi faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan perilaku seksual**

Dengan uji kai kuadrat didapatkan faktor umur dan pendidikan berpengaruh secara bermakna terhadap penurunan semua perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi. Kelompok umur sama atau lebih dari 35 tahun mempengaruhi secara bermakna terhadap penurunan semua perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi dibandingkan dengan kelompok umur dibawah 35 tahun meliputi aspek keinginan dan kegiatan sanggama, pencapaian orgasme, orgasme multipel, nyeri sanggama dan kualitas sanggama. Demikian juga halnya dengan kelompok penderita dengan lama pendidikan kurang atau sama dengan 6 tahun mempengaruhi secara bermakna terhadap penurunan semua perilaku seksual. Paritas lebih besar atau sama dengan 5 mempengaruhi secara bermakna terhadap penurunan keinginan dan kegiatan sanggama, pencapaian orgasme, orgasme multipel dan nyeri sanggama dibandingkan paritas yang kurang dari 5. Lama pernikahan lebih atau sama dengan 20 tahun mempengaruhi secara bermakna aspek penurunan keinginan sanggama dan kegiatan sanggama dibandingkan dengan lama pernikahan kurang dari 20 tahun. Sedangkan stadia klinis III B mempengaruhi secara bermakna terhadap penurunan keinginan sanggama dibandingkan dengan stadia klinis II B.

Oleh karena kebanyakan dari faktor yang dianalisis saling mempengaruhi, maka juga dilakukan uji regresi logistik berganda. Dengan uji tersebut didapatkan faktor pendidikan yang kurang atau sama dengan 6 tahun berpengaruh secara bermakna terhadap penurunan frekuensi kegiatan sanggama. Sedangkan faktor-faktor lain tidak berhubungan terhadap penurunan perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi.

Faktor lain yang tidak kalah pentingnya berpengaruh terhadap terjadinya disfungsi seksual yang cukup banyak pada penderita KSU pasca radioterapi adalah faktor hormonal dan faktor psikis. Faktor hormonal, seperti diketahui akibat radioterapi akan menyebabkan tidak berfungsinya ke dua ovarium dalam memproduksi hormon estrogen yang berperan penting dalam penurunan perilaku seksual. Sedangkan faktor psikis meliputi antara lain psikopatologi yang menyertainya sebelum radioterapi, atau reaksi emosi yang timbul akibat radioterapi maupun kondisi berfikir, bersikap dan kepercayaannya bahwa radioterapi akan menimbulkan gangguan pada aktivitas seksual selanjutnya [30].

Donahue (1978) menyatakan bahwa ketakutan akan kambuhnya penyakit dikatakan oleh banyak penderita sebagai salah satu alasan untuk mengurangi atau bahkan berhenti aktivitas seksualnya. Hal ini dapat dimengerti karena beberapa literatur menyatakan bahwa KSU didahului oleh aktivitas seksual yang berlebihan dan percampuran (multi partner), dan mungkin beberapa penderita menganggap bahwa dengan mengurangi atau berhenti beraktivitas seksual akan mencegah kekambuhan [33].

### 5.5 Rekapitulasi pandangan suami setelah istri menderita KSU

Pada penelitian ini, kami juga mengadakan wawancara dengan suami penderita sehubungan dengan aktivitas seksualnya setelah istri menderita KSU. Perasaan suami yang paling dominan terhadap istrinya adalah rasa kasihan terhadap istri setelah istrinya terserang penyakit ini sebanyak 80,77 %, dan hal ini diikuti dengan turunnya aktivitas seksual dengan istri sebanyak 65,38 %. Sebagian besar menyatakan bahwa setelah istrinya menderita KSU hanya bersanggama dengan istri 65,38 %, sedangkan yang melakukan sanggama dengan wanita lain selain dengan istri hanya didapatkan 13,46 %. Onani dilakukan para suami setelah istrinya terserang penyakit ini sebesar 21,15 %. Para suami tersebut juga menyatakan bahwa sebagian besar istrinya pasrah/ melayani sewaktu para suami tersebut meminta sanggama, hanya sebagian kecil saja istrinya yang sering menolak yaitu sebesar 26,92 %. Sedangkan dari pihak istri yang aktif minta bersanggama hanya didapatkan 19,23 %. Pandangan para suami terhadap istrinya sewaktu melakukan kegiatan sanggama yang menunjukkan kesakitan dari pihak istri sebesar 36,54 %. Untuk kegiatan sanggama tidak ada yang dilakukan melalui anus.

Dari hasil wawancara dengan suami penderita seperti tersebut diatas, tampaknya budaya Timur (Indonesia) bahwa dalam aktivitas seksual, peran laki-laki masih terlihat dominan dan wanita (istri) dalam aktivitas seksual lebih bersifat melayani. Amias (1975) menyatakan bahwa adanya gangguan dalam kehidupan seksual wanita yang menderita kanker kandungn jangan hanya dilihat dari faktor terapinya saja, tetapi faktor lain perlu juga diperhatikan. misalnya gangguan



perdarahan sewaktu melakukan kegiatan sanggama akan menyebabkan penurunan aktivitas seksual untuk waktu yang lama, mulai dari beberapa bulan sampai beberapa tahun tanpa disadarinya. Hal ini dapat menimbulkan perasaan depresi yang berkepanjangan bagi penderita tersebut. Pandangan dari suami bahwa setelah pengobatan akan segera memperbaiki kondisi seksual yang menurun itu kadang-kadang mengecewakan. Untuk itu perlu adanya pengertian dari suaminya bahwa penyesuaian diri itu memerlukan waktu tidak hanya beberapa minggu tapi beberapa bulan bahkan sampai beberapa tahun [30,34].

Pendapat Chapman (1978) , yang dikutip oleh Mahoney (1983), menyatakan adanya peningkatan bermakna yang dilakukan oleh suami pada "foreplay " sebelum sanggama, maka wanita tersebut ada peningkatan dalam kualitas sanggamanya [22].

Abitbol (1974) berpendapat bahwa pada wanita yang dilakukan radioterapi akan didapatkan adanya penurunan keinginan sanggama, tetapi ada peningkatan keinginan untuk adanya perhatian dari suami dan pendekatan fisik lainnya. Pasangan suami istri tersebut akan mengalami penurunan kegiatan sanggama, tetapi komunikasi pada pasangan itu lebih meningkat akibat langsung dari adanya penyakit pada pasangannya [3].

## **BAB VI**

### **SIMPULAN**

Dari hasil penelitian tentang perilaku seksual penderita KSU yang mendapatkan radioterapi di RSUP Dr. Kariadi Semarang periode 1 Januari 1988 sampai 31 Desember 1995 sejumlah 1466 penderita didapatkan 52 penderita yang memenuhi syarat penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa :

1. Terjadi penurunan beberapa perilaku seksual penderita KSU yang mendapatkan radioterapi antara lain : penurunan frekuensi keinginan sanggama , penurunan frekuensi kegiatan sanggama , penurunan pencapaian orgasme , penurunan pencapaian orgasme multipel , dan penurunan kualitas sanggama. Tidak dapat diungkapkan adanya kegiatan masturbasi pra dan pasca radioterapi, akan tetapi terdapat peningkatan nyeri sanggama.
2. Faktor pendidikan yang rendah (kurang atau sama dengan 6 tahun) merupakan faktor yang berpengaruh secara bermakna terhadap penurunan kegiatan sanggama penderita KSU pasca radioterapi.

## **BAB VII**

### **SARAN**

1. Guna mengetahui berpengaruhnya KSU dan radioterapi, maka diperlukan penelitian lanjutan tentang perbandingan antara penderita KSU pasca radioterapi dengan wanita “sehat “ dengan periode yang sama dan faktor-faktor yang sama guna mengetahui apakah penurunan perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi disebabkan oleh karena faktor radioterapi atau proses alamiah yang mesti terjadi pada setiap wanita.
2. Guna memperoleh penyelesaian terbaik pada perilaku seksual penderita KSU pasca radioterapi diperlukan keterbukaan antara suami istri dengan dokter. Untuk itu diperlukan penyusunan suatu program pelatihan dokter guna mencari jalan yang terbaik serta metode pendekatan terhadap pasangan tersebut. Penambahan pendidikan non formal bagi penderita KSU pasca radioterapi dengan tingkat pendidikan formal yang rendah (kurang atau sama dengan 6 tahun), khususnya bagi penderita dengan umur lebih atau sama dengan 35 tahun, lama pernikahan lebih atau sama dengan 20 tahun, paritas lebih besar atau sama dengan 5 dan stadia klinis III B , terhadap pengetahuan onkologi dan radioterapi supaya dapat mengatasi dampak penurunan masalah-masalah psikoseksual yang dihadapi.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Yusuf I. Seksualitas normal. Seminar seksualitas dalam keluarga dan permasalahannya. Tegal, 1992.
2. Sarjadi et all. Cancer incidence 1985 – 1989 in Semarang, Indonesia. Indonesian Cancer Society. Semarang : Diponegoro University Press, 1990 : 18.
3. Abitbol MM, Davenport JH. Sexual dysfunction after therapy for cervical carcinoma. Am J Obstet Gynecol 1974 ; 119 : 181-8.
4. Andersen BL. Sexual functioning complications in woman with gynecologic cancer. Cancer 1987 ; 60 : 2123-34.
5. Iskandar TM. Efektivitas "Linear Accelerator" pada pengobatan karsinoma serviks uteri [Tesis]. Semarang : Bagian Obstetri dan Ginekologi FK Undip, 1996.
6. Seibel MM, Malcolm G, Freeman, Graves WL. Carcinoma of the cervix and sexual function. Obstet Gynecol 1980 ; 55 : 484-7.
7. Thranov I, Klee M. Sexuality among gynecologic cancer patients – a cross sectional study. Gynecol Oncol 1994 ; 52 : 14-9.
8. Decker WH, Schwartzman E. Sexual function following treatment for carcinoma of the cervix. Am J Obstet Gynecol 1962 ; 83 : 401-5.
9. Andersen BL. Quality of life for women with gynecologic cancer, Gynecologic oncology and pathology 1995 ; 7 : 69-76.
10. Cassileth BR, Lusk EJ. Survival and quality of life among patients receiving unproven as compared with conventional cancer therapy. N Engl J Med 1991 ; 324 : 1180-5.
11. Anggra IWS. Hasil histerektomi radikal pada karsinoma serviks uteri [Tesis]. Semarang : Bagian Obstetri dan Ginekologi FK Undip, 1998.
12. Isnariani. Beberapa aspek seksualitas wanita pasca histerektomi [Tesis]. Semarang : Bagian Obstetri dan Ginekologi FK Undip, 1997.
13. Hudono ST, Wiknyosastro H. Psikosomatik dan seksologi. Dalam : Wiknyosastro H, Saefudin AB, Rachimhadi T, eds. Ilmu kandungan edisi ke 2. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 1997.

14. Baram DA. Sexuality and sexual function. Dalam : Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, eds. Novak's text book of gynecology, 12<sup>th</sup> ed. Baltimore : Williams and Wilkins, 1991 : 438-48.
15. Allgeier AR, Allgeier E. Sexual interactions. Toronto: DC Health company, 1985 : 230-39.
16. Masters WH, Johnson VE. Human reproduction and sexual behavior. Philadelphia: Lea & Febiger, 1964: 460-73.
17. Carpenter RHS. Neurophysiology. 2<sup>nd</sup> ed. Aucland: Edward Arnorld, 1990 : 336-49.
18. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry. 6<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991: 438-48.
19. Auschincloss SS. After treatment, psychosocial issues in gynecologic cancer survivorship. Cancer 1995 ; 76 (Suppl) : 2117-24.
20. Donahue VC, Knapp RC. Sexual rehabilitations of gynecology cancer patients. Obstet. Gynecol, 1977; 49: 118-21.
21. Spence S. Psychosexual therapy a cognitive behavioural approach. London : Chapinan & Hall, 1991: 126-34.
22. Mahoney ER. Human sexuality. New York: Mc Graw inc, 1983 : 241-48.
23. Benson RC. Current obstetric and gynecology diagnosis and treatment, 5 th ed. California : Lange medical publications, 1984 ; 5 : 1006-12.
24. Harahap RE. Neoplasia intra epitel pada serviks. Cetakan pertama. Jakarta : UI press, 1984 : 36-52.
25. Shingleton HM, Orr JW. Cancer of the cervix. Philadelphia : JB Lippincott company, 1995 : 381-94.
26. Ristiyati. "Adjuvant Mitomycin" pada karsinoma serviks uteri [Tesis]. Semarang : Bagian Obstetri Ginekologi FK Undip, 1989.
27. Sastroasmoro S, Ismael S, eds. Dasar dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta : Bina Rupa Aksara, 1995.
28. Singarimbun M, Effendi E, eds. Metode penelitian survai. Jakarta : LP3ES, 1989.

29. Kinsey A, Pomeroy W, Martin E, Gebhard P, eds. Sexual behavior in the human female. Philadelphia : WB Saunders company , 1953 : 86-94.
30. Amias AG. Sexual life after gynecologic cancer. Int British Med Journal 1975 : 608-9.
31. Sarjadi. Karsinoma epidermoid serviks uteri, penelitian beberapa aspek epidemiologi peran histopatologi dan petanda tumor dalam penentuan prognosis [Disertasi ]. Semarang: Universitas Diponegoro, 1985.
32. Achmad EG, Hadiyanto B, Supriyono, Adiyono W, Sutoto. “ Perkawinan “ sebagai faktor resiko terjadinya karsinoma serviks uteri. Kongres Obstetri Ginekologi Indonesia, Ujung Pandang, 1985.
33. Donahue VC. Sexual rehabilitation of gynecologic cancer. Gynecol oncol 1978 : 1050-4.
34. Ganz PA. Long range effect of clinical trial interventions on quality of life. Cancer, 1994 ; 74 : 2620-4.